Rok XLIV. Kraków 16 Grudnia 1905. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Niedokrwistość złośliwa postępująca.** *Anaemia perniciosa progressiva, anaemia Biermeri.*

Wyjątek z rękopisu dodatkowego zeszytu dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych“, wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Napisali

Prof. Edward Korczyński i **Dr. Stanisław Szurek,**
Dyrektor kliniki lek. U. J. Asystent kliniki.

W przeciwieństwie do bladnicy niedokrwistość złośliwa postępująca jest chorobą, poznaną i opisaną dopiero w nowszych czasach. Pierwsze wzmianki i opisy wyszły z pod pióra Marshalla Halla i Barclaya w połowie zeszłego stulecia, a pierwszą krótką pracę o tej chorobie napisał Addison w r. 1855. Istotną atoli i niezapomnianą zasługą szwajcarskiego lekarza Biermera jest sklasyfikowanie jej w r. 1868, a potem w r. 1871 oznaczenie jako odrębnej postaci chorobowej z określeniem jej osobnego miejsca w systemie i mistrzowskie skreślenie całokształtu jej obrazu klinicznego, do którego nowsze czasy niewiele dorzucić potrafiły. Po Biermerze ogłoszono liczne prace zarówno anatomiczne (Cohnheim, Neumann, Litten, Orth i t. d.), jak i kliniczne (Immermann, Gusserow, Quincke, Eichhorst, Dunin it. d.); pomimo to nauka nie wypowiedziała dotąd w tej sprawie ostatniego słowa i akta jej długo jeszcze nie będą zamknięte.

Określenie pojęcia choroby. Ponieważ Biermer w pracy swojej uwzględnił tylko przebieg kliniczny, nie wdając się w etyologię i ponieważ dalej doświadczenie późniejsze stwierdziło, że niedokrwistości wtórorzędne wysokiego stopnia mogą okazywać obraz, niczem nie różniący się od obrazu niedokrwistości złośliwej postępującej, z drugiej strony symptomatologia i anatomia patologiczna niedokrwistości złośliwej postępującej nie okazują nic dla niej właściwego, przeto zapatrywania, kiedy mamy do czynienia z niedokrwistością złośliwą postępującą w ścisłem tego słowa znaczeniu, są dotąd niezgodne, pojęcie tej sprawy dotąd nie jest ściśle określone, a odgraniczenie jej od innych niedokrwistości trudne i różnie przez klinicystów i anatomów pojmowane. Dlatego też jest wielką zasługą Eichhorsta, że jeszcze w r. 1878, pisząc swoją monografię o tej chorobie, położył nacisk na to, że do pojęcia postępującej złośliwej niedokrwistości koniecznym jest „brak pierwotnych schorzeń organicznych“. Eichhorst zatem pierwszy i to całkiem słusznie z tego pojęcia wyłączył wszelkie niedokrwistości wtórorzędne, przebiegające pod obrazem niedokrwistości złośliwej, a więc stanął na stanowisku ścisłego rozdziału tych etyologicznie ciemnych, pierwotnych ciężkich niedokrwistości od wszelkich innych, objawowych.

W przeciwieństwie do klinicysty Eichhorsta anatom Birch-Hirschfeld zajął w r. 1892 stanowisko czysto anatomiczne i uważał wszelką ciężką niedokrwistość za złośliwą postępującą, jeżeli tylko przebiegała ona ze zwyrodnieniem i zmniejszeniem liczby ciałek krwi czerwonych i wypływającym stąd rozpadem białka i zwyrodnieniem tłuszczowem rozmaitych narządów, a w szczególności serca, przyczem wedle niego wzmożony rozpad ciałek krwi czerwonych przy niedostatecznej ich odnowie miał stanowić czynnik główny, — bez względu na to, jakieby było jej tło, a więc bez względu, czy ją wywołały częste krwotoki, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, czerwie jelitowe, ciąża, kiła, zimnica, zakażenie o nieznanych wrotach (kryptogenetyczne), lub samozatrucie; zapatrywanie to ze stanowiska anatomicznego być może słuszne, jednak ze stanowiska kliniczno-praktycznego mylne, a nawet szkodliwe, ponieważ pomijające tak ważną dla skutecznej terapii etyologię. Inni klinicyści mniemali, że sam obraz hematologiczny ma w sobie coś znamiennego dla niedokrwistości złośliwej postępującej i za oznakę jej brali jedni megaloblasty (Ehrlich), inni gigantoblasty i normoblasty (Lazarus), poikilocyty i gigantoblasty, ale bez normoblastów (Michaelis) — określenie, które również z pogłębieniem naszych wiadomości hematologicznych mylnem okazać się musiało. Obecnie rozstrzygającem dla istoty niedokrwistości złośliwej postępującej jest tło etyologiczne i większość klinicystów uważa tylko te przypadki za niedokrwistość złośliwą postępującą, gdzie za życia najdokładniejsze badanie kliniczne nie wykrywa żadnej sprawy anatomicznej, niszczącej ustrój, a oględziny pośmiertne nie wykazują żadnej takiej zmiany, którąby tłómaczyła te ciężkie zaburzenia w mieszaninie krwi, gdzie zatem sprawa jest ściśle pierwotną, oczywiście uwzględniając i wywiady i obraz mikroskopowy krwi. Na tem stanowisku etyologicznem stoi i Grawitz, który za najważniejszą cechę tej choroby uważa to, że niedokrwistość z chwilą usunięcia czynnika ją wywołującego nie zostaje wyleczoną przez odrodzeą czynność narządów krwiotwórczych, ale pozostaje wadliwy kierunek w odnowie krwi.

Na tem stanowisku stała także zawsze i szkoła krakowska. Ed. Korczyński uważa za niedokrwistość złośliwą postępującą tylko te ciężkie niedokrwistości pierwotne, które przebiegały pod obrazem skreślonym przez Biermera, a zarówno badanie kliniczne jak i anatomopatologiczne dawały wynik ujemny; inne, następowe, objawowe, z klinicznie lub sekcyjnie wykazalną podstawą, choćby zupełnie podobne, uważał za wtórorzędne.

Podział. Kreśląc obraz swej niedokrwistości złośliwej postępującej przypuszczał Biermer, że etyologia tej choroby, jakkolwiek była dla niego ciemną, jest jednolitą.

Pokazało się jednak wkrótce, że przyczyna tego obrazu objawowego nie jest bynajmniej jednolitą i że pewne przypadki niedokrwistości złośliwej postępującej po niewątpliwem stwierdzeniu ich istotnej przyczyny muszą być z tej grupy wydzielone.

Już w r. 1854 Griesinger zwrócił uwagę na tak zw. „zwrotnikową egipską błednicę“, wskazując na jej przyczynę: tęgoryjca dwunastnicy *(anchylostomum duodenale)*. Wnet potem spostrzeżono podobne przypadki, czasem całe nawet endemie w Europie. Przypadki te dawały typowy obraz Biermerowskiej niedokrwistości. W r. 1883 Albrecht i Botkin w Petersburgu, a za nimi Reyer i Runeberg, opisali przypadki niedokrwistości złośliwej, wywołane przez bróżdogłowca *(botriocephalus latus)*; od tego czasu liczba spostrzeganych przypadków tak dalece wzrosła, że obecnie nie ulega już najmniejszej wątpliwości, iż pewne postacie niedokrwistości złośliwej mogą się rozwijać na tle pasorzytnem. Stwierdzono dalej, że podobne znaczenie mogą mieć i inne czerwie, jak tasiemiec przewiercony (*taenia mediocanellata*) (Nonné). Zauważono następnie, że taki sam obraz kliniczny dawać mogą ciężkie schorzenia przewodu pokarmowego, a w szczególności rak żołądka i zanik błon śluzowych żołądka i jelit (*anadenia ventriculi et atrophia mucosae intestinalis* Ewald), przewlekłe zatrucia, zakażenia (kiła) i t. d.

W miarę pojawiania się dalszych spostrzeżeń i pogłębiania etyologii tej postaci niedokrwistości rosło zamieszanie, a stanowisko tak klinicystów, jak i anatomów, stawało się różne; jedni przypadki te o patogenezie znanej wyłączali z pojęcia niedokrwistości złośliwej postępującej, inni zbijali w jedną całość kliniczną wszystkie te różnorodne etyologicznie sprawy, których objawem była ciężka niedokrwistość. W ten chaos opinii starała się oddawna klinika krakowska (Ed. Korczyński) wprowadzić pewien ład, a stojąc w myśl Eichhorsta na etyologicznym punkcie widzenia, była oddawna zdania, że nie ma właściwie jednej niedokrwistości złośliwej, ale że istnieje cała gromada niedokrwistości złośliwych, która rozpada się znowu na dwa większe działy: jeden dział wielki, to niedokrwistości złośliwe postępujące wrzekome (*anaemiae spuriae)*; do działu drugiego należy niedokrwistość złośliwa postępująca prawdziwa (*essentionalis*, *genuina*); pierwsze, będące właściwie niedokrwistościami ciężkiemi, ale wtórorzędnemi, bo wywołanemi przez przyczyny, klinicznie albo anatomicznie uchwycić się dające, a przebiegające pod obrazem klinicznym niedokrwistości Biermerowskiej; druga — właściwa niedokrwistość złośliwa postępująca, wybuchająca często bez żadnej przyczyny, której przyczyna dotąd ciemna. a nad której etyologią zastanowimy się w dalszym ciągu. Podział więc niedokrwistości złośliwych byłby następujący:

I. Niedokrwistości złośliwe postępujące rzekome *(an. pernic. progr. spuriae, deuteropathicae)*.

a) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma pasorzytna *(an. pernic. progr. spuria helminthiaca)*.

b) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma nowotworowa (*an. pernic. prog. spuria neoplasmatica*).

c) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma w następstwie zaniku błony śluzowej żołądka i jelit (*an. pern. progr. spuria ex anadenia ventr. et atrophia mucosae intest*) (*?*).

d) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma kiłowa *(luetica)*.

e) Niedokrwistość złośliwa postępująca toksyczna (*an. pern. progr. spuria toxica*) (As, Pb, CO i t. d., i t d.), których liczba niewątpliwie z biegiem czasu wzrośnie.

II. Niedokrwistość złośliwa postępująca prawdziwa (*an. pernic. progr. essentionalis*, *genuina*, *protopathica*)

O pierwszym rodzaju niedokrwistości była mowa w innych rozdziałach; tę omówimy szerzej w dalszym ciągu.

Etyologia i patogeneza. Wszelkiego rodzaju czynniki, osłabiające fizyologiczną odporność ustroju, mogą spowodować wybuch tej choroby. Taką przyczyną przygodną mogą być złe warunki zewnętrzne, niedostateczne odżywienie, umysłowe przepracowanie, wzruszenia psychiczne, ciąża, porody, przewlekłe krwawienia (z wrzodu żołądka, macicy, guzów krwawniczych), przebyte choroby zakaźne, między niemi kiła, przewlekłe zatrucia i t. d.; są to wszystko przyczyny przypadkowe, wywołujące.

Ogromnej wagi, większej niż w jakiejkolwiek innej chorobie, zdaje się być pewnego rodzaju osobnicza skłonność krwi do tego cierpienia, która sprawia, że z wielkiej liczby ludzi, narażonych na też same szkodliwości i to w wyższym jeszcze stopniu, zaledwo mały ułamek zapada na niedokrwistość złośliwą postępującą, zupełnie tak samo, jak z cierpiących np. na bróżdogłowca lub tęgoryjca tylko mała część okazuje zboczenia, właściwe dla ciężkiej niedokrwistości, reszta pozostaje zupełnie zdrową.

Co do istoty tej choroby toczy się oddawna spór o to, czy istota złośliwej niedokrwistości zasadza się na wzmożonym rozpadzie krwi (*hemolysis*), czy też na zakłóconem wytwarzaniu krwi, a więc czy w niedokrwistości złośliwej prawdziwej chodzi o pierwotny rozpad krwinek czerwonych (*erytrolysis*), czy też o pierwotne cierpienia szpiku (myelopatyę)? Ehrlich i Lazarus odnajdują istotę jej w pierwotnem cierpieniu szpiku toksogenetycznego pochodzenia; natomiast Neumann i Pappenheim biorą ją za pierwotny rozpad krwinek, również toksogenetycznego pochodzenia. Dla nas nie ulega wątpliwości, że niedokrwistość złośliwa postępująca w ściślejszem znaczeniu nie jest ani dalszym stopniem prostej niedokrwistości (Hayem), ani spotęgowaną błednicą, ale postacią chorobową samoistną, mającą uprawnienie do bytu samoistnego i to chorobą krwi, nie zaś szpiku kostnego. Dla nas ta odrębna postać niedokrwistości jest jakoby zwyrodnieniem (degeneracyą) „krwi“, powolną jej nekrobiozą. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Zapalenie sutka u kobiet z zejściem śmiertelnem.

Podał

Dr. Hugo Ehrlich (Przemyśl).

Zapalenie sutka u kobiet, szczególnie u karmiących, jest niewątpliwie często spotykaną chorobą, a rokowanie w niej jest przez wszystkich lekarzy uważane za pomyślne. I w piśmiennictwie, traktującem o tym przedmiocie, tylko niektórzy autorowie nie wykluczają możliwości zejścia śmiertelnego wskutek zapalenia sutka.

Spostrzegany przezemnie przypadek zakończonego śmiercią zapalenia sutka zachęcił mnie do przejrzenia dotycza-

cego piśmiennictwa, o ile ono dostępnem mi było, w dwu kierunkach: po pierwsze szukałem przypadków, mniej lub więcej podobnych do mojego, po drugie starałem się zestawić zapatrywania rozmaitych autorów co do rokowania, aby na podstawie tego dojść do wniosku, jakie stanowisko należy nam dziś zająć wobec rozmaitych postaci zapalenia sutka.

Historya choroby przypadku, przezemnie spostrzeganego, jest następująca:

Wywiady. 11/III 1903. *C. R.*, l. 24, żona krawca. Ojciec chorej umarł przed kilku laty na zapalenie płuc, matka i rodzeństwo zdrowe. Nigdy przedtem nie chorowała; przed 5 miesiącami przebyła pierwszy poród bez pomocy lekarskiej, połóg był bezgorączkowy. Dziecko karmi sama. Od 3 dni skarży się na ból w lewym sutku, który pomimo zaprzestania karmienia po chorej stronie i stosowania zimnych okładów, nie ustaje. Kilkakrotnie miała dreszcze, potem uczucie gorąca. Skarży się oprócz tego na ból głowy, upadek sił, brak łaknienia, nadmierne pragnienie.

Stan obecny: Ciepłota 39·5°, tętno 140, małe, miękkie. Chora średniego wzrostu, dość dobrze odżywiona. Twarz blada, oczy lśniące, język obłożony, dość wilgotny. Górna połowa lewego sutka guzowata i twarda, na dotyk bolesna; dolna połowa ma zbitość jednostajnie twardą, skóra na niej napięta, świecąca, nieco zaczerwieniona. Na brodawce sutkowej nie można wykryć przy najdokładniejszem badaniu żadnego ubytku. Stłumienie wypukowe ponad śledzioną zajmuje większy obszar. Oprócz tych zmian chorobowych innych nigdzie wykazać nie można.

Poleciłem chorej, mieszkającej w jednej brudnej izdebce, udać się natychmiast do szpitala celem poddania się operacyi, zwracając uwagę na niezbędną jej potrzebę wobec groźnego stanu choroby. Pomimo tego dopiero dnia następnego popołudniu zgłosiła się chora do szpitala izraelickiego.

12/III. Ciepłota 40°, tętno 152, takie jak dnia poprzedniego, częste. Chora jest obojętna, nieco odurzona. Cera blada, ciemno-żółtawa, usta spalone, sadzowate, język bardzo obłożony, suchy, wysunięty okazuje drganie włókienkowe. Powierzchnia ciała sucha, gorąca. Lewy sutek przedstawia się jako półkula jednostajnie twarda, powierzchnia jego od brodawki ku dołowi ciemno-fioletowo zabarwiona. W pośrodku tej części widać dwa pęcherze zgorzelinowe wielkości korony, zawierające ciecz mętną, surowiczą, brunatno-czerwoną. Chełbotania w sutku nigdzie wyczuć nie można. Procz powyżej wspomnianego powiększenia śledziony nie można przy najściślejszem badaniu nigdzie znaleść jakichkolwiek zmian chorobowych.

Wobec ciężkiego stanu chorej przystąpiono natychmiast do operacyi, która polegała na nacięciach skóry naokoło sutka i wydrenowaniu tkanki podskórnej, następnie kilku nacięciach sutka przez całą grubość tegoż, sięgających w kierunku od brodawki ku obwodowi. Zaraz przy pierwszem nacięciu na zewnątrz sutka, a jeszcze więcej przy nacięciach tego ostatniego, słyszy się drobne trzeszczenie, a oprócz tego wydobywa się z ran ostra, przenikliwa woń zgnilizny, podobna do woni siarkowodoru. Powierzchnia przekroju jest jednostajnie brudno-żółta, wyróżnienia się jakiegoś w budowie tkanek nigdzie nie widać. Nie spostrzega się również na przekroju naciekłego sutka ani krwi, ani ropy, ani też mleka; można tylko zgarnąć nożem nieco mętnej cieczy. Jak z przekroju widać, zgorzel sięga w dolnej połowie sutka przeszło na 2 cm. w głąb. Sączkowanie sutka gazą i opatrunek zakończyły operacyę. Chora dostała wewnętrznie chininę, alkohol w wielkiej ilości, dyetę posilną, płynną.

W cieczy, zebranej z powierzchni przekroju, znalazłem oprócz miazgi, drobnych kulek tłuszczu i rzadko rozrzuconych ciałek ropnych, liczne paciorkowce i gronkowce barwiące się sposobem Grama, a w daleko większej ilości krótkie prątki o obłych końcach, które się sposobem Grama odbarwiały (prątek okrężnicy?).

Dalszy przebieg choroby był następujący:

13/III rano c. 39°, tętno 136; wieczorem c. 38·1°, tętno 140.

14/III rano ciepłota 37·3°, tętno 120. Chora w nocy nieco spała. Stan ogólny zdaje się być nieco lepszym. *Ung. Crédé* 4 grm. wtarto w uda. Wieczorem ciepłota 39·1°, tętno 148.

15/III rano ciepłota 39·3°, tętno 136. Przy zmianie opatrunku wydzielanie skąpe. Powierzchnie ran blado sine, o matowym połysku. Jakkolwiek w mniejszym stopniu, czuje się jednak jeszcze ową woń zgnilizny. Śledziona powiększona, brzeg jej łatwo macalny. W moczu białko. W ciągu dnia kilka rzadkich stolców. Badanie mikroskopowe krwi wykazuje we wszystkich preparatach paciorkowce. Wyhodowanie ich było mi nie możliwe z powodu braku odpowiedniej pracowni w miejscu.

Wieczorem ciepłota 39·3°, tętno 152.

16/III rano ciepłota 39·3°, tętno 148. Chora senna, usta sadzowato obłożone, język suchy, pomarszczony, popękany. Wieczorem ciepł. 39·5°, tętno 140.

17/III rano ciepł. 30·8°, tętno 152. Zmiana opatrunku. Nieznaczna ilość ropnej wydzieliny. Brzegi nacięć w górnej połowie sutka okazują tu i owdzie ziarnkowanie. Od wczoraj ustawiczna biegunka. Codzienne wcieranie 4 grm. *Ung. Crédé* i chinina nie zdołały obniżyć ciepłoty. Zresztą stan niezmieniony. Wieczorem ciepł. 40·2°, tętno 160, liche.

18/III rano ciepł. 40°, tętno małe, słabe, częste. Chora w śpiączce; dopiero po dłuższem nawoływaniu i wstrząsaniu oddziaływa mruczeniem. Oddaje mocz i kał pod siebie. Wieczorem ciepłota 40·3°.

19/III rano ciepłota 40·1°, tętno ledwie wyczuwalne, nitkowate. Głęboka śpiączka. Wstrzyknięto kamforę.

Popołudniu o godz. 5-tej ciepłota 40·8°. Chora zupełnie nieprzytomna, rzężenie w tchawicy. O godz. 10 wieczorem zmarła.

Obdukcya niedozwolona.

Mieliśmy zatem w tym przypadku do czynienia z głęboko sięgającą ropowicą gazorodną sutka, która miejscowo wywołała martwicę całego narządu, po części i zgorzel. W dalszym ciągu przystąpiło posocznicze zakażenie całego ustroju, które sprowadziło śmierć. Przebieg choroby był tak znamienny, punkt wyjścia ogólnego zakażenia tak widoczny, że rozpoznanie — najmniejszej wątpliwości nie dopuszczało.

Co się tyczy etyologii, to należy przyjąć, że zakażenie sutka ziarenkowcami ropnymi i równocześnie (czy też później) prawdopodobnie prątkiem okrężnicy, było powodem wtórnego ogólnego zakażenia posoczniczego, czego dowodem była obecność paciorkowców we krwi.

W piśmiennictwie dotyczącem przypadków zapalenia sutka, podobnych do mojego lub też wogóle takich, które zakończyły się śmiercią, znalazłem nie wiele.

O najdawniejszym przypadku, jaki odnaleźć zdołałem, zamieszcza krótką wzmiankę A. Cooper. Chora jego dostała niedługo po porodzie zapalenia sutka; ropień otworzył się bez pomocy lekarskiej, przyczem wylała się wielka ilość ropy, jednak w krótkim czasie potem chora umarła.

Nélaton wspomina o przypadku, o którym mu doniósł Godin. Chora zmarła z powodu zapalenia sutka, a przy obdukcyi znaleziono rozległą zgorzel powłok sutka i ropowicę całego sutka, sięgającą aż do tkanki pozasutkowej.

Velpeau spostrzegał na 200 przypadków zapalenia sutka cztery razy zejście śmiertelne. Dwa przypadki były prawdopodnie przyrody gruźliczej *(abcès froid)*, w dwu następnych stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych, że jedyną przyczyną śmierci było zapalenie sutka.

Billroth opisuje dwa przypadki zapalenia sutka z zejściem śmiertelnem, jednakowoż nie uważa on zapalenia sutka za bezpośrednią przyczynę śmierci. Jedna chora miała zakaźny zakrzep w obu żyłach udowych w chwili przyjęcia do kliniki; druga umarła z powodu róży, której w klinice nabyła.

Barker wspomina, że Burns opisał przypadki zapalenia sutka, zakończone śmiercią, nie podaje jednak bliższych szczegółów ani też miejsca publikacyi Burnsa.

Podług Daniela miał Gosselin spostrzegać kilka przypadków zapalenia sutka z zejściem śmiertelnem.

W przypadku Grossego wytworzyło się zapalenie sutka dziesiątego dnia po porodzie, chora po 14 dniach zmarła wśród objawów ropnicy.

Mendailles podaje przypadek, spostrzegany przez Despreza, który wskutek powikłania posocznicą zakończył się śmiercią.

Schröder opisał z kliniki marburgskiej przypadek śmiertelnego zapalenia sutka; związek przyczynowy jednak między chorobą a zejściem śmiertelnem nasuwa pewne wątpliwości z powodu powikłanego przebiegu.

W przypadku Bensingera zapalenie sutka wystąpiło jedenastego dnia po porodzie, a powikłane później posocznicą sprowadziło śmierć po 17 dniach choroby. Wobec rzadkości śmiertelnych przypadków zapalenia sutka wzywa Bensinger do ogłaszania każdego spostrzeżonego przypadku.

E. Fraenkel (Hamburg) widział raz jedyny na stole sekcyjnym przypadek obustronnego zapalenia sutka u kobiety 22-letniej. Obdukcya innej przyczyny śmierci nie wykazała.

Angerer podaje, że spostrzegał w czasach przed wprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego kilka przypadków zapalenia sutka, do którego przyłączyła się ropnica, zakończonych śmiercią.

Najświeższy przypadek, pochodzący z kliniki bazylejskiej, ogłosił Chassot na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa położniczego 19 maja 1904. Zapalenie sutka, powikłane posocznicą, zakończyło się po 18 dniach śmiercią, pomimo odcięcia chorego sutka. Oględziny pośmiertne wykazały zmiany właściwe posocznicy, której punktem wyjścia był sutek. Zakażenie było spowodowane gronkowcem ropnym i prątkiem ropy błękitnej.

Podług Chassota miał także Perret spostrzegać przypadek śmiertelnego zapalenia sutka.

Obok tej stosunkowo małej liczby ogłoszonych śmiercią zakończonych przypadków zapalenia sutka niektórzy autorowie, jak Klob, Veit, Amann, Scanzoni, Bardeleben, Winckel, Spiegelberg, Kleinwächter, Billroth, Ahlfeld, Zweifel, Angerer zaznaczają, że w nadzwyczaj rzadkich przypadkach zapalenie sutka może powikłać się ropnicą i posocznicą z zejściem śmiertelnem. Veit uważa szczególniej ropowicę zgorzelinową sutka za niebezpieczną, Amann ropnie pozasutkowe. Niepomyślnem powikłaniem zapalenia sutka może być następnie rozszerzenie się ropnia aż do żeber z następowem ich próchnieniem (Velpeau, Klob, Gundert), lub też nawet przebicie się ropy do jamy opłucnej lub śródpiersia (Velpeau, Klob, Kleinwächter, Amann, Faltin, Kehrer, Mendailes, Fehling, Gundert). Barker spostrzegał w przebiegu zapalenia sutka silne, zagrażające życiu krwotoki wskutek nadżarcia większego naczynia krwionośnego, a Miller zebrał z piśmiennictwa 14 takich przypadków. Tworzenie się wreszcie przetok ropnych, długo trwające ropienia, mogą prowadzić do charlactwa i zagrażać życiu, szczególnie u kobiet gruźliczych (Spiegelberg, Billroth, König, Levi).

Przeglądając dalej piśmiennictwo dotyczące, znalazłem, że reszta autorów uznaje rokowanie przy zapaleniu sutka jako ogółem pomyślne; niektórzy o niem wcale nie wspominają, a można jedynie tylko z opisu tej choroby wywnioskować, że i ci uważają je za dobre. Sądzę jednak, że należałoby się przyłączyć raczej do zapatrywań poprzednich autorów, którzy, uważając zejście zapalenia sutka zwykle za pomyślne, równocześnie nie zapomnieli o tem, że choroba ta i śmiercią może się zakończyć. Do poparcia tego zapatrywania nakłania mnie nietylko przypadek przezemnie spostrzegany i reszta przypadków powyżej przytoczonych, ale także wnioskowanie na podstawie etyologii i patologii zapalenia sutka. Choroba ta jest, jak każdemu wiadomo, spowodowana zakażeniem sutka drobnoustrojami, jużto paciorkowcem lub gronkowcem ropnym, już też niektórymi innymi drobnoustrojami, chorobotwórczymi dla człowieka, które, jak i z każdej innej części ustroju ludzkiego, tak i ze sutka mogą, rozmnażając się, doprowadzić do ogólnego zakażenia, ropnicy lub posocznicy. Albert orzekł, że ropnica, jako powikłanie ropni, nie należy do rzadkości. I w zapaleniu sutka te ciężkie powikłania zależą od rodzaju drobnoustroju chorobotwórczego, jego jadowitości, osobistej przyrodzonej odporności chorej, dalej od innych czynników, nam jeszcze dotąd nieznanych, a wywołujących raz lżejsze, to znów cięższe zakażenie. W takich to ciężkich zakażeniach dzisiejsza technika operacyjna i dokładne postępowanie przeciwgnilne nie zawsze potrafią, nawet wcześnie zastosowane, chorą ocalić, podobnie jak się rzecz ma w ciężkich przypadkach ropowicy kończyn. Należy przypuścić, że dzisiaj, wobec tych czynników leczniczych, przypadki zapalenia sutka z zejściem śmiertelnem są znacznie rzadsze, aniżeli w czasach, gdy nie znano postępowania przeciwgnilnego, również nie tak często zdarzają się przypadki przewlekłe, zaniedbane, gdyż chore częściej wzywają pomocy lekarskiej, która wobec dzisiejszego postępu nawet i najuboższym łatwą jest do osiągnięcia.

Wziąwszy to wszystko pod rozwagę, sądzę, że z owych pięciu przez autorów podanych możliwości niepomyślnego zejścia zapalenia sutka, cztery, jako dzisiaj bardzo małe znaczenie mieć mogące, pominąć możemy, gdyż doraźna i umiejętna pomoc lekarska tego rodzaju niebezpieczeństwa, jak ropienie żeber, przebicie ropy do jamy opłucnej lub śródpiersia, krwotoki po nadżarciu przez ropę naczyń krwionośnych, wreszcie długo trwające przetoki z ropieniem, prowadzącem do charlactwa, wczas odwrócić i chorą ocalić może. Natomiast ciężkie zakażenia sutka, w przebiegu których przychodzi szybko do zgorzeli lub odmy łączno-tkankowej, dają słabą nadzieję utrzymania życia, a powikłania ropnicą lub posocznicą prowadzą w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Jak widzimy odsetek śmiertelności z zapalenia sutka jest bardzo mały; sądzę jednak, że nie wszystkie przypadki śmiertelne z jakichkolwiek powodów zostały ogłoszone, a ze względu na ich rzadkość mało zwracano na nie uwagi. Zdaje mi się jednakowoż, że należy i o nich pamiętać i w cięższych przypadkach zapalenia sutka, w których cały lub większa część sutka jest zajęta, lub gdzie się ma do czynienia z ropniem podsutkowym, wreszcie, gdzie są objawy ogólnego zakażenia posoczniczego, co do rokowania być bardzo ostrożnym.

Piśmiennictwo. 1) Alfeld. Lehrbuch der Geburtshülfe, 1898, str. 598. — 2) Albert: Eulenburgs Realenzyklopädie, T. 1, 1894, str. 136. — 3) Amann: Klinik der Wochenbettkrankheiten, 1886. str. 258. — 4) Angerer: Krankheiten der Brustdrüsen. Handb. d. prakt. Chirurgie.

1902, T. II, str. 578. — 5) Bardeleben: Lehrb. d. Chirurgie, 1875, T. III, str 566 — 6) Barker: Puerperalkrankheiten, 1880, str. 90 i 93. — 7) Bensinger: Zentralbl. f. Gynäk., 1902, Nr. 52, str. 1437. — 8) Billroth: Krankheiten d. weibl. Brustdrüsen. Handb. d. Frauenkrankh., 1886, T. III, str. 22. — 9) Chassot: Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris, séance du jeudi 19 mai 1904. — 10) A. Cooper: Krankheiten der Brust. Z angielsk. 1836, Cz. I, str. 6 — 11) Daniel: Thèse de Paris, 1883. — 12) Faltin: Inaug. Dissert. München, 1892. — 13) Fehling Physiologie u. Pathologie d. Wochenbettes. 1890, str. 180. — 14) E. Fraenkel: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XII, Z. 4, str. 440. — 15) Grosse: Zentralbl. f. Gyn. 1892, Nr. 34, str. 683. — 16) Gundert: Inaug. Dissert. Würzburg, 1900. — 17) Kleinwächter: Grundr. d. Geburtshülfe, 1887, str. 345. — 18) Klob: Pathol. Anatomie d. weibl. Sexualorgane, 1864, str. 511. — 19) König: Lehrbuch d. Chir. 1889, T. II, str. 64. — 20) Levi: Inaug. Dissert. Würzburg, 1886. — 21) Mendailles: Thèse de Paris, 1896. — 22) Miller: podł. Barkera. — 23) Nélaton: Tumeurs de la mamelle, 1839, str. 38. — 24) Perret: podług Chassota. — 25) Scanzoni: Krankheiten d. weibl. Brüste, 1859, str. 126. — 26) Schröder: Inaug. Dissert. Marburg, 1896. — 27) Spiegelberg: Lehrb. d. Geburtsh. 1891, str. 694. — 28) G. Veit: Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane, 1867, str. 704. — 29) Velpeau: Traité des maladies du sein. 1854. — 30) Winckel: Pathologie u. Therapie d. Wochenbettes, 1878, str. 428. — 31) Winckel: Lehrbuch d. Geburtsh. 1893, str. 812. — 32) Zweifel: Lehrb. d. Geburtsh. 1892, str. 585.

III. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Leczenie zwężeń przy tracheo- i bronchoskopii górnej: Przeciwwskazania są podobne, jak i przy użyciu tych zabiegów do celów rozpoznawczych, tylko nieco rozszerzone, a mianowicie wtedy, gdybyśmy musieli używać tych zabiegów wielokrotnie i to w krótkich odstępach czasu. Jednokrotne wprowadzenie tracheoskopu może krtań przy zmianach powyżej opisanych znieść zupełnie dobrze, albo oddziaływa na nie tylko nieznacznie. Natomiast kilkakrotne zadrażnienie, i to w krótkich odstępach czasu, łatwo może wywołać silny nawet odczyn. Doświadczenie to zrobiliśmy już przed tracheoskopią przy wprowadzaniu rurek Schrötterowskich. Czasem znosi krtań zupełnie dobrze codzienne wprowadzanie tych rurek przez kilka tygodni, przyczem obrzmienia podwięzadłowe powoli ustępują; naraz jednego dnia po użyciu rurki grubszej powstaje silny obrzęk, wywołujący czasem potrzebę tracheotomii. Silne zasychanie wydzieliny przy istniejącem zwężeniu może stać się powodem tracheotomii, po której łatwiej usunąć wydzielinę, czasem w bryły zaschniętą. W niektórych przypadkach może zaschnięta wydzielina być wprost przyczyną znacznej duszności, a nawet śmierci, o ile na czas nie wykonamy tracheotomii. I tak u jednego z naszych chorych z nieznacznem tylko zwężeniem powstał nagle w nocy silny napad duszności; u chorego prawie już nieprzytomnego wykonano tracheotomię, po której chory wyrzucił z tchawicy całą bryłę zaschniętego śluzu, poczem oddech wrócił do pierwotnego stanu. Podobny przypadek zdarzył się nam także po założeniu rurki Schrötterowskiej u jednej chorej, u której oderwana od ścian zaschnięta wydzielina tak zatkała otwór zwężenia, iż musiano wykonać tracheotomię.

Obrzmienia krtani szczególnie łatwo występują podczas ciąży i to nawet w jej pierwszych miesiącach. Przy nieznacznych nawet zmianach w krtani ciąża może stanowić przeciwwskazanie tak do tracheoskopii, jak i do bronchoskopii górnej.

U chorych ciężarnych tracheoskopia górna wywołuje łatwo odczyn pod postacią obrzmień zapalnych, zajmujących wejście do krtani, jak i okolicę podwięzadłową, i szybkie rozszerzanie się ograniczonych dotąd nacieków. Wprawdzie i w innych przypadkach, nie powikłanych ciążą, zdarza się nieraz, iż po zabiegach śródkrtaniowych, przy których nie zdołaliśmy doszczętnie usunąć nacieków, powstaje odczyn albo w postaci obrzmień lub szybszego rozwoju tkanki twardzielowej, odczyn ten jednak bywa zwykle nieznaczny i nigdy, przynajmniej w przypadkach przez nas spostrzeganych, nieosiąga tego stopnia, co przy ciąży.

Tracheotomia wskazana więc jest ze względu na krtań; tchawica bowiem sama znosi zabiegi przy kilkakrotnej nawet tracheoskopii górnej bez odczynu. W dwóch też naszych przypadkach po usunięciu nacieków u kobiet ciężarnych był wynik ze względu na tchawicę bardzo dobry, w miejscu nacieku wytworzyła się blizna.

U kobiet więc ciężarnych, u których równocześnie zajęta jest krtań, należy raczej wykonać tracheotomię; sama możliwość obrzmienia następowego nie jest tego powodem, lecz przeważnie szybkie następowe rozszerzanie się nacieków w krtani.

Możliwości poronienia nie miałbym na względzie. Zwężenie także i podczas ciąży usunąć należy; tak zaś tracheotomia z następową tracheo-bronchoskopią dolną, jak i samo nawet wprowadzanie rurek Schrötterowskich może wywołać poronienie; wynik w obu przypadkach ten sam, a robiąc to obywamy się bez tracheotomii. Jeżeli więc niema przeciwwskazania ze względu na krtań, to można tracheo- i bronchoskopię wykonywać i u ciężarnych.

Zmiany, usadowione na przejściu krtani w tchawicę i w górnym odcinku tchawicy, usuwamy zwykle pod kontrolą lusterka krtaniowego. Należą tu ziarniny (granulacye), nacieki tak płaskie, jak i guzowate, wreszcie nacieki, występujące w postaci fałdów półksiężycowatych. Używamy do tego albo szczypczyków krtaniowych, albo nożyka, ostrej łyżeczki, żegadła, albo wreszcie czopków i rurek Schrötterowskich. Postępowanie nasze wobec fałdów zależy od ich grubości; cienkie rozcina się nożykiem lub żegadłem; pękają one także przy wprowadzaniu odpowiednio zagiętych rurek Schrötterowskich; krwotok bywa przytem bardzo nieznaczny. Rurki Schröttera wprowadzamy i po poprzedniem przecięciu fałdu, a to w tym celu, aby niedopuścić do ponownego zlepienia się brzegów rany i aby częściowo rozszerzyć zwężenie.

Przy zmianach w górnej części tchawicy użyć możemy także rurki Kirsteinowskiej. Nadają się do tego sposobu postacie guzowate nacieku twardego, nie dającego się pod kontrolą lusterka usunąć. Przy fałdach znacznej grubości można je w rurce Kirsteina lub w tracheoskopie powoli usuwać przez przypalanie żegadłem; nie powinno się jednak przypalać naraz większej powierzchni, szczególnie przy zna-

czniejszem zwężeniu, ze względu na odczyn zapalny, który po przypaleniu bywa silniejszy, niż po zwykłych zabiegach chirurgicznych.

Przy zmianach tchawicy, nie nadających się już zupełnie do leczenia pod kontrolą lusterka z powodu nizkiego ich usadowienia, używamy tracheoskopu.

Najwdzięczniejszem zadaniem jest leczenie zmian, występujących w postaci ziarnin pojedynczych, lub też ułożonych w kępki i przy cienkich fałdach, pierścieniowato lub też w postaci listew zwężających światło tchawicy.

Przy ziarninach już przeprowadzenie tracheoskopu przez miejsce zwężone działa czasem lecząco, brzeg bowiem tracheoskopu oddziela ziarninę od jej podstawy. Jeżeli ziarnina zwęża w postaci guza światło tchawicy, lub też okrężnie obejmuje tchawicę, wtedy posługujemy się albo łyżeczką ostrą, lub też szczypczykami. Szczypczyków używamy tutaj podobnych, jak do krtani, tj. łyżeczkowatych o ostrych brzegach.

Wobec postaci ziarninowej wystarcza jednorazowa lub dwukrotna tracheoskopia do usunięcia zmian. Krwawienie zwykle nie bywa znaczne i trwa tylko podczas zabiegu, po oddzieleniu tkanki ziarninowej od podstawy ustaje.

Blizny, zwężające w postaci pierścienia okrężnie tchawicę, usuwa się ostrą łyżeczką. Ostrym jej brzegiem rozdziera się pierścień na kilka odcinków, które potem można usunąć ostremi szczypczykami; zresztą nawet sobie pozostawione zwieszające się części rozdartego pierścienia ulegają już w krótkim czasie zanikowi. Przy fałdach i pierścieniach grubych wskazane jest przecięcie ich nożykiem, lub też żegadłem, a nawet wycięcie ich zupełne; po zupełnem jednak wycięciu trzeba uważać, by powstająca blizna nie wytworzyła ponownego zwężenia. Zapobieganie temu polegałoby na przeprowadzaniu od czasu do czasu tracheoskopu przez miejsce zajęte, tracheoskop działałby przytem rozszerzająco. Podobnie usuwamy listwy, dzielące w najrozmaitszych kierunkach światło tchawicy.

Przy bliznach i naciekach twardych, zajmujących tchawicę na większej przestrzeni, działanie nasze będzie polegało na stopniowem rozszerzaniu miejsca zwężonego. W przypadkach znaczniejszego zwężenia niejednokrotnie wskazaną będzie tracheotomia z następowem leczeniem zapomocą tracheoskopii dolnej.

Nacieki płaskie, guzowate, usuwamy łyżeczką ostrą, oderwane ich części szczypczykami. Przed wykonaniem zabiegu obok zakokainowania tchawicy wskazane jest także celem zapobieżenia krwawieniu użycie adrenaliny, silniejszy bowiem krwotok utrudnia i przedłuża zabieg, a dla chorego z powodu trudności w odkaszlaniu krwi przy tracheoskopie bardzo jest uciążliwy. Gdyby i pomimo adrenaliny powstał silniejszy krwotok, to wtedy wskazane jest ułożenie chorego na wznak z głową zwieszoną ku dołowi. Przy tej postaci zmian potrzeba zwykle zabiegów kilkakrotnych, szczególnie przy zmianach więcej rozlanych, których na jednem posiedzeniu niepodobna usunąć. Przy niektórych wreszcie postaciach zmian nastaje nawrót bardzo szybko, nawet już w przeciągu tygodnia. Przy zajęciu tchawicy na większej przestrzeni leczenie z pomocą tracheoskopii górnej wtedy tylko jest wskazane, gdy niema znaczniejszego zwężenia. Przy znaczniejszem zwężeniu obowiązkiem naszym jest usunąć zwężenie odrazu, co jest o wiele łatwiejsze przy tracheoskopii dolnej po poprzedniej tracheotomii. Choćbyśmy wtedy nie zdołali usunąć w zupełności zwężenia, to przeprowadzamy przez nie rurkę elastyczną, która umożliwia oddychanie i ugniatając nacieki wywołuje ich obumarcie.

Czas leczenia jest różny, zależy od rozległości zmian, wreszcie od chorych, którzy różnie znoszą ten zabieg.

Leczenie zwężeń oskrzeli.

Zwężenia oskrzeli usuwamy przy tracheo- i bronchoskopii górnej. Nacieki czyto rozlane, czyto guzowate, czyto wreszcie występujące w postaci pojedynczych ziarnin, a zajmujące wejścia do oskrzeli, usuwamy w tracheoskopie i to podobnie, jak przy zajęciu tchawicy, łyżeczką ostrą i szczypczykami. Jeżeli naciek schodzi w głąb oskrzela, to użyć już musimy bronchoskopu, który przesuwamy przez tracheoskop. W bronchoskopie leczenie jest podobne; przy ziarninie, lub gdy naciek jest miękki lub guzowaty, samo już przeprowadzenie bronchoskopu działa lecząco, brzeg jego bowiem, podobnie jak łyżeczka, usuwa części wystające; przy naciekach płaskich uciekamy się do ostrej łyżeczki, odpowiednio długiej, którą oddzielamy wystające części od podstawy. Postępowanie to, szczególnie w razie równoczesnego zajęcia tchawicy i obu oskrzeli, wymaga dłuższego czasu.

U jednej naszej chorej z zupełnie wolną tchawicą, lecz ze znacznem zwężeniem lewego oskrzela, wymagało leczenie jedenastu bronchoskopii. W przypadku tym przyczyną zwężenia był naciek ściany bocznej; na powierzchni jednostajnego tego nacieku widać było tu i ówdzie pojedynczą ziarninę. Podczas rozszerzania oskrzela lewego powstało nieznaczne zwężenie prawego, usunięto je przeprowadzeniem kilkakrotnem bronchoskopu poza zwężenie. W dwu innych przypadkach, w których stosowaliśmy bronchoskopię celem rozszerzania oskrzeli, trzeba było przedtem usunąć zwężenie tchawicy; w jednym z nich wystarczyło przeprowadzenie tracheoskopu poza zwężenie, przyczem brzeg tracheoskopu oderwał od podstawy guzowaty naciek ściany tylnej. W tymże przypadku usunięto i zwężenie oskrzela w sposób podobny, to jest przez przeprowadzenie bronchoskopu poza miejsce naciekłe.

W przypadku trzecim, w którym obok okrężnego nacieku tchawicy zajęte były oba oskrzela, do usunięcia zwężenia użyć musiałem łyżeczki ostrej i szczypczyków. Leczenie wymagało sześciu posiedzeń. Naciek klina podziałowego nie wymaga zwykle leczenia, sam przez się nie wywołuje on bowiem zwężenia. Ziarninę, pokrywającą szczyt klina, usuwa się szczypczykami.

L e c z e n i e z w ę ż e ń t c h a w i c y wykonywamy przy pomocy t r a c h e o s k o p i i d o l n e j ze względu na zmiany już to krtani, już to tchawicy.

Zwężenia krtani, niedające się usunąć przy pomocy lusterka krtaniowego, wymagają same przez się wykonania tracheotomii. Tracheotomii poprzedniej wymagają: zwężenia tchawicy znacznego stopnia, choćby ograniczone, u osób znacznie osłabionych, wyniszczonych, zwężenia, choćby nie tak znaczne, ale zajmujące znaczne przestrzenie tchawicy, wreszcie szybkie nawroty nacieków po zabiegach przy tracheoskopii górnej. Gdy obok większych zwężeń tchawicy jest także zwężenie jednego lub obu oskrzeli, to tracheotomia jest wskazana ze względu na łatwiejsze i szybsze usunięcie zwężenia.

Tracheotomię powinno się wykonać albo górną, albo też krikotracheotomię. Powody są następujące: Jeżeli równocześnie istnieje zwężenie krtani, to następowo usuwamy je albo śródkrtaniowo (chirurgicznie lub przez rozszerzanie), albo przy pomocy rozcięcia krtani (laryngofisury). Otóż zarówno zabiegi śródkrtaniowe rozszerzające, jak i śródkrtaniowe operacyjne przy tracheotomii dolnej bardzo trudno wykonać od strony przetoki tchawiczej, a nawet często jest to wprost niemożliwe. Jeżeli zaś potrzebne jest rozcięcie krtani, to albo musiałoby być oddzielone mostkiem nieprzeciętych tkanek od przetoki tchawiczej, a wtedy zamiast jednej mamy dwie rany na szyi, albo też musielibyśmy rozcinać tchawicę na dłuższej przestrzeni, chcąc otwór tracheotomijny połączyć z raną otwierającą krtań, co ze względu na możliwość późniejszego zapadnięcia się ścian tchawicy jest przeciwwskazane. Przy zwężeniach zaś tchawicy powinniśmy się zawsze starać otworzyć drogi oddechowe powyżej zwężenia, leczenie bowiem zwężeń, leżących powyżej otworu tracheotomijnego jest trudne, szczególnie gdy po usunięciu części zwężających wskazane jest następowe rozszerzanie. Przy głębokiem położeniu tchawicy, jak to bywa u osób otyłych, leczenie zwężeń tchawicy ponad otworem tracheotomijnym może być wprost niemożliwe.

Leczenie przy tracheo- i bronchoskopii dolnej jest łatwiejsze i mniej męczy chorego. Do usuwania nacieków w tchawicy i oskrzelach używamy tych samych narzędzi, co i przy górnej tracheo- i bronchoskopii, tylko krótszych. W przypadkach ograniczonych zmian wystarcza zwykle kilkakrotny zabieg do ich usunięcia. Jeżeli natomiast tchawica zajęta jest na znacznej przestrzeni, jeżeli nacieki szybko odnawiają się, wtedy często całemi latami trzeba od czasu do czasu przywracać drożność tchawicy; bywa to szczególnie w tych przypadkach, w których drogi oddechowe w całej swej rozciągłości są nacieknięte. Ale i w tych ciężkich przypadkach wynik leczenia czasem bywa pomyślny, w miejsce nacieków powstaje blizna, którą miejscowo kończy się sprawa chorobowa. Blizny te, o ile tworzą się okrężnie, w postaci listew, wymagają usunięcia ich lub też rozszerzania. Na stole sekcyjnym można widzieć krtań, tchawicę, oskrzela, pozbawione w zupełności błony śluzowej; wnętrze tchawicy pokryte jest jednostajną blizną, chrząstki zwapniałe, tchawica przedstawia się jakby jednolita, twarda cewa. Mogliśmy to stwierdzić na sekcyi osobników, dotkniętych twardzielą, a zmarłych ostatecznie na gruźlicę płuc. Przy naciekach, zajmujących dolną część tchawicy, po usunięciu ich zakładamy długie elastyczne rury, które uciskając na ściany tchawicy przyspieszają zbliznowacenie nacieków, równocześnie rozszerzając jej światło. Rurę elastyczną pozostawiamy zazwyczaj przez parę dni; w razie silnego zasychania śluzu tak we wnętrzu rury, jak i poniżej jej końca, trzeba ją często zmieniać. U osób tracheotomowanych zwężenie oskrzeli usuwamy nie przy bronchoskopii, lecz przy tracheoskopii dolnej. Są to zwykle przypadki, w których twardziel, istniejąc już od szeregu lat, zajęła drogi oddechowe w całości, w których przeto równocześnie starać się musimy o utrzymanie drożności krtani, tchawicy i oskrzeli. Zresztą bronchoskopia w przypadkach tych z powodu towarzyszącego jej wtedy krwawienia nie ułatwia nam usunięcia zmian. Obok zabiegów, których celem jest usunięcie nacieków, przeprowadzamy przez zwężone oskrzela cewniki, osadzone na przetyczce; po przeprowadzeniu przez zwężone miejsce przetyczkę usuwamy. Obecnie w tymże celu używamy także bronchoskopów, osadzonych na przetyczce. Chorzy ze znacznemi zmianami twardzielowemi tchawicy i oskrzeli łatwo ulegają zakażeniu prątkiem gruźliczym. Gruźlica postępuje szybko, obejmując czasami nawet tchawicę.

I tak u jednej chorej, zmarłej na gruźlicę płuc, a leczonej przez Prof. Pieniążka przez lat kilkanaście z powodu ciągłych nawrotów twardzieli w krtani, zauważono na sekcyi zmiany gruźlicze w tchawicy, wolnej za życia od twardzieli. Gruźlica napotyka u chorych tych na dobre podłoże; oddychanie często tylko przez otwór w tchawicy, zasychanie śluzu, zatrzymywanie się śluzu poniżej zwężenia, wywołujące czasem rozszerzenie małego stopnia, częste wetchnięcie krwi przy zabiegach operacyjnych, stosowanych dla usunięcia zwężenia, są czynnikami usposabiającymi do zakażenia.

Gdy skutkiem gruźlicy stan ogólny podupada, nie staramy się o zupełne usunięcie zwężenia; zresztą chorzy ci miernego zwężenia nie odczuwają, jużto z powodu przyzwyczajenia się, jużto z powodu zmniejszenia się pojemności płuc przy gruźlicy, wreszcie z powodu osłabienia i zmniejszonych ruchów. U chorych tych podejmujemy zabiegi dopiero wtedy, gdy są konieczne. Są one dla chorych męczące tak ze względu na ułożenie ciała, jak i na sam zabieg; bolu, ani krwawienia nie możemy tu pohamować kokainą i adrenaliną; natężone wreszcie działanie klatki piersiowej, wywołane potrzebą wykrztuszenia spływającej krwi, wywołuje znaczne osłabienie chorego po każdym większym zabiegu w tracheoskopie.

Do tracheo- i bronchoskopii dolnej używamy rur prostych różnej długości i szerokości, które albo wprowadzamy wprost przez otwór w tchawicy, lub też przy pomocy przetyczki.

Hermann v. Schrötter usiłował w przypadku gruźlicy, wywołującej zwężenie dolnej części tchawicy, usunąć przyczynę zwężenia w tracheoskopii górnej; gdy zaś utworzyła się blizna, rozszerzał ją w tracheoskopie odpowiedniemi rurami.

Był to przypadek następujący: Kobieta 47-letnia, duszność od 2 miesięcy; badając lusterkiem, stwierdzono ponad podziałem tchawicy masy nowotworowe, nieregularnie guzowate, zwężające silnie światło tchawicy. Badanie tracheoskopem wykazało szparę małą, gruszkowatą, otoczoną szarawo-czerwonymi guzkami. W wyjętych kawałkach stwierdzono utkanie gruźlicze. Leczenie: usunięcie w tracheoskopie nacieków, przypalenie kwasem mlecznym. Gdy po dwukrotnym nawrocie w miejscu nacieków wytworzyła się blizna, przystąpił Schrötter do rozszerzania miejsca zwężonego. Po kilku próbach użył wreszcie następującego sposobu, który podaję jego słowami: „Ich kam daher auf eine andere Idee, das Trachealrohr an seinem vorderen Ende gleichsam abzuschneiden u. das periphere mit einem Faden versehene Rohrstück nach Zurückziehung des restlichen als Conductor dienenden Rohrantheiles in der Stenose zu belassen, wobei sich der nicht genug zu schätzende Vortheil ergab, dass man während der Einführung das vor sich liegende übersehen, den Sitz des Tubus genau kontrolliren und durch Zug am Faden bei wieder vorgeschobenem Rohre eine nachträgliche Correctur vornehmen konnte. Schliesslich wurde dieses unten offene, mit Fenster versehene, in der Mitte etwas eingezogene 4 gr. schwere Rohrstück angewendet, u. der Faden um einen Bügel geschlungen, welcher dann durch die Glottis nach oben gehend u. ausserhalb der Mundhöhle befestigt wurde“. Rozszerzadło to (*dilatator*) pozostawiał Schrötter z początku $^1/_2$—$1^1/_2$ godziny, potem nawet godzinami z dobrym wynikiem. Rozszerzenie trwało 21 dni, średnio po 3 godziny dziennie. Rura trzymała się dobrze i niewywoływała obrzmień ani

w krtani, ani w tchawicy. U chorej tej atoli potworzyły się podczas rozszerzania ponad zwężeniem owrzodzenia tak, że rozszerzanie musiano przerwać. W tem miejscu atoli, gdzie wytworzyła się blizna, rozszerzanie odniosło skutek; miejsce zwężone powtórnie już się bowiem nie ściągło.

Krytyka sposobu, podanego przez H. Schröttera, jest trudną, przypadek jego bowiem był do tego sposobu nieodpowiedni, czego dowodem ciągłe nawroty owrzodzeń gruźliczych w tchawicy. Sądzę atoli, że w razie czysto bliznowatych lub do tego zbliżonych zwężeń sposób ten może oddać pewne usługi. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. L. Gluziński. **Wpływ dziedziczności na występowanie zapalenia płuc.** (*Gazeta lekarska* 1905, Nr. 35). Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że przebyte w młodym wieku zapalenie płuca wpływa bardzo często ujemnie na dalszy rozwój klatki piersiowej i płuca. Taka zmieniona budowa i słabszy rozwój klatki piersiowej, oraz mniejsza odporność i słabszy rozwój płuca, a nawet odpowiedniego odcinka płuca, dziedziczy się często, co objawia się nietylko łatwiejszem zapadaniem osobników dalszych pokoleń i to z z umiejscowieniem tej sprawy nietylko w tem samem płucu, co u prostoplasty, lecz nawet prawie zawsze w odcinku płuca, dziedzicznie słabszym. Autor przytacza spostrzeżenia własne, dotyczące trzech pokoleń jednej rodziny, u której dolny płat lewego płuca był dziedzicznie słabszym i ulegał zapaleniu wielokrotnie u członków tej rodziny. *Dr. M. Blassberg.*

K. Pichler. **Przyczynek do symptomatologii następowego zapalenia gruczołu przyusznego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, Nr. 43). Autor już przed dwoma laty opisał wypływ ropy z przewodu ustnego Stenona, jako nowo poznany objaw wtórnego zapalenia gruczołu przyusznego przy zapaleniu płuc. Obecnie spostrzegał autor dalsze dwa przypadki zapalenia gruczołu przyusznego przy zapaleniu płuc, a jeden jako powikłanie duru brzusznego, w których przy ucisku na gruczoł przyuszny wydobywała się ropa z przewodu Stenona w jamie ustnej. W dwóch przypadkach, zakończonych śmiercią, obdukcya potwierdziła rozpoznanie ropnego zapalenia gruczołu przyusznego. *Dr. M. Blassberg.*

Schilling. **Przyczynki do kwestyi wydzielania się amoniaku.** (*Deutsches Archiv für klin. Med.* Tom 84, Zeszyt 1—4, 1905). Autor badał mocz, mianowicie zawartość w nim amoniaku u osobników zdrowych, co 2 godziny w ciągu dnia i nocy. Absolutna ilość wydzielonego amoniaku większą jest w ciągu nocy, niż w ciągu dnia. Stosunek wydzielonego amoniaku do ilości wydzielonego azotu przedstawia krzywą z największym spadkiem w godzinach w środku dnia lub koło wieczora, które to krzywa nie jest zawisłą od pobrania pokarmów lub od wydzielania kwasu solnego drogą żołądka. Ze zwiększeniem się ilości wydzielonego azotu zwiększa się ilość amoniaku równolegle tak, że można myśleć, że ilość wydzielonego amoniaku jest zawisłą od rozpadu białka. Prostszym jest jednak pogląd, że amoniak jest tylko wyrazem stopnia kwasoty ustroju. Ze zwiększeniem się rozpadu białka zwiększa się ilość produktów kwasowych w ustroju, stąd równolegle wzrasta ilość amoniaku; także równoległe podniesienie się ilości azotu i amoniaku można spostrzegać po ciepłej kąpieli, po wysiłkach fizycznych, które to ostatnie napewno zwiększają ilość kwaśnych produktów przemiany materyi. Podanie tłuszczu jako pokarmu zwiększa ilość wydzielonego amoniaku, ale dopiero po 1—2 dniach. Fakt ten tłómaczy słusznie Schlesinger tem, że do zmydlenia tłuszczów zużywa ustrój zasady; brak tychże musi pokryć zwiększoną produkcyę amoniaku, który wiąże kwasy ustroju. Wogóle zatem stosunek amoniaku do ilości wydzielonego pokarmu jest przy prawidłowym pokarmie i unikaniu podawania alkaliiów najlepszym wskaźnikiem dla ilości nagromadzonych w ustroju kwaśnych produktów, jest wyrazem „acidozy" ustroju. *Mostowski.*

Dr. de Dominicis. **Znaczenie widma hemochromogenu.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 38, 1905). Autor podaje metodę badania śladów krwi, do której wystarcza tak mała ilość krwi, jak do żadnej z dotychczas znanych, z wyjątkiem może próby Teichmanna. Ślad krwi suchej lub w stanie rozpuszczenia, albo kilka milimetrów jednej nitki materyi, przepojonej krwią, umieszcza się na szkiełku przedmiotowem, dodaje kropelkę pirydyny i kroplę siarczku amonu, poczem przykrywa się szkiełkiem nakrywkowem. Ślad przybiera zabarwienie purpurowe od wytwarzającego się hemochromogenu; pod mikroskopem można oglądać niezbyt zresztą wyraźne kryształki tego ciała; badając zaś mikrospektroskopem, otrzymuje się bardzo wyraźne widmo hemochromogenu. Widmo to występuje nawet w takich rozcieńczeniach, przy których widmo hematoporfiryny kwaśnej już nie występuje. *Mostowski.*

Frommer. **Nowy odczyn na aceton i uwagi nad acetonuryą.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 32, 1905). Autor podaje nową próbę na aceton w moczu. Do 10 sz. cm. moczu w probówce dodaje się 1 grm. KOH w substancyi i, nie czekając na rozpuszczenie ługu potasowego, 10—12 kropli aldehydu kwasu salicylowego ($1C_6H_4OHCOH$ i 10 alkoholu absolut.). W razie obecności acetonu tworzy się na dnie koło ługu potasowego purpurowy pierścień. Jeżeli przed dodaniem aldehydu salicylowego ług potasowy się rozpuścił, płyn w całości przybiera zabarwienie żółtawe, czerwonawe, ciemnoczerwone, wreszcie karminowe. Żadne ciało, prawidłowo w moczu występujące, nie daje tego oddziaływania. Odczyn daje wynik dodatni nawet przy 0,000001 grm. acetonu w 8 sz. cm. moczu; polega on na zagęszczeniu aldehydu salicylowego z acetonem, przyczem powstaje oksybenzylaceton, który w obecności silnych zasad ulega znowu zagęszczeniu z jedną drobiną salicylaldehydu, wytwarzając dioksybenzylaceton. Sole potasowcowe tego ostatniego połączenia posiadają silnie czerwoną barwę.

Autor podaje dalej przegląd spraw chorobowych, w których występuje acetonurya. Znaczenia dla rozpoznania śmierci płodu podczas ciąży acetonurya nie posiada. Po długotrwałych porodach utrzymuje się acetonurya do 3 dni. Po krótkotrwałej akcyi porodowej nie występuje. *Mostowski.*

Moritz. **Oznaczenie bilansu kwasów i zasad w cieczach zwierzęcych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* Tom 83, Zeszyt 5 i 6, 1905). Autor podaje swoją metodę oznaczenia amoniaku i moczu. Różni się ona bardzo mało od metody Folina, ale autor opracował ją niezależnie. Mocz znajduje się w kolbce o dwu rurkach (jedna sięga do dna, druga się kończy pod korkiem); przez dodanie 10—20 sz. cm. $\frac{n}{10}$ NaOH wypędza się amoniak z moczu i przeprowadza do drugiej kolbki, zupełnie tak samo złożonej, zawierającej 10—20 sz. cm. $\frac{n}{10}$ HCl lub H_2SO_4, gdzie amoniak ulega pochłonięciu. Przez obie tak złożone kolbki przeciąga się powietrze przez 6—8 godzin zapomocą wodnej kolbki; powietrze musi być poprzednio uwolnione od amoniaku i kwasu węglowego przez przeprowadzenie przez odpowiednie płuczki. Metoda Folina różni się tem od opisanej, że Folin używa 6—7 razy silniejszego prądu powietrza do wypędzenia amoniaku, który dla dokładnego pochłonięcia musi wobec tej szybkości prądu powietrza być chwytanym w osobnym przyrządzie. Folin używa do zalkalizowania moczu 1·0 wody i dodaje 10·0 soli kuchennej, przez co dalsze badanie danego moczu lub treści żołądkowej jest uniemożliwione. Do oznaczenia kwasu węglowego w moczu lub treści żołądkowej autor dodaje do 10 sz. cm. moczu 4 sz. cm. $\frac{n}{2}$ szczawianu sodu i około 15 sz. cm. stężonego roztworu soli kuchennej. Potem zobojętnia dokładnie mocz względem fenolftaleiny $\frac{n}{10}$ NaOH lub $\frac{n}{10}$ HCl zależnie od warunków, przyczem wszystkie węglany, w danym razie obecne, przechodzą w węglany kwaśne; dodaje się zatem do tego moczu 10 sz. cm. $\frac{n}{10}$ HCl, który wypędza CO_2, od którego badany przedmiot uwalniamy przez przeprowadzenie strumienia powietrza w tym samym przyrządzie, co do oznaczenia amoniaku. Poczem miareczkuje się dany mocz $\frac{n}{10}$ NaOH; gdy węglanów nie było w moczu, zużywa się dokładnie 10 sz. cm.; gdy były węglany, to po wypędzeniu CO_2 kwasota się zmniejszyła i przy miareczkowaniu zużywa się mniej $\frac{n}{10}$ NaOH, niż 10 sz. cm., z czego można ilość węglanów obliczyć. *Mostowski.*

CHIRURGIA. Engelmann. **Leczenie przerostu stercza sposobem Bottiniego.** (*St. Petersb. med. Wochs.* 1905, Nr. 32). Zamiarem autora jest zachęcenie swych ziomków do operacyi sposobem Bottiniego. Po wyliczeniu wad innych metod, mniej lub więcej doszczętnych, przechodzi do omawiania samej operacyi i jej techniki, polecając przyrząd modyfikacyi Freudenberga. Poprzednie badanie cystoskopem i zaznaczenie sobie kąta (sposób Jacoby'go taka sama kątowa podziałka jest też na nożu elektrycznym) wy-

klucza operowanie na ciemno i kieruje narzędzie tam, gdzie oko przedtem wybrało miejsce. Przecinać się powinno bardzo powoli (1 cm. około 1½ minuty). Cięć wystarcza 3. Palec w odbytnicy kontroluje operacyę. Efekt po operacyi następuje dopiero w kilka dni. Śmiertelność według Freudenberga 4—5·8 prc., 86·65 prc. wyleczeń, w 7·6 prc. operacya bez skutku. Z następowych powikłań najgorszem tylko jest możliwy krwotok zaraz po operacyi, lub w 1—2 tygodni przy oddzielaniu się strupa. Przeciwskazaniami są: niedowład zupełny pęcherza, zajęcie miedniczek nerkowych, jądra lub przyjądrza. Przy kamieniach trzeba najpierw je skruszyć. Z 8 operowanych pacyentów autor osiągnął u 5 zupełne wyleczenie. U jednego z nich dopiero po drugiej operacyi. *A. Kłęsk.*

Kümmell. **Leczenie operacyjne przerostu gruczołu krokowego.** (*Archiv für klin. Chir.* Tom 77, Zeszyt 4, 1905). Leczenie przerostu gruczołu krokowego znalazło główny oddźwięk u amerykańskich operatorów, w szczególności wycięcie. Z początku leczono operacyjnie przerost wycinaniem częściowem od strony cewki (Mercier), a ulepszeniem tego sposobu jest operacya Bottiniego. Oparacyę tę wykonał autor 52 razy: 45 razy wynik był pomyślny. Jest ona bardzo mało bolesną, chorzy mogą zaraz wstawać z łóżka. Niebezpieczeństw autor nie widzi wielkich, robi się ją pod kontrolą palca, wprowadzonego do odbytnicy; pamiętać tylko należy, by rowki były głębokie (około 3 ctm.). W roku 1893 polecił Bier w celu wywołania zaniku gruczołu podwiązywanie tętnic biodrowych wewnętrznych. Wyniki może są i dobre, operacya ta jednak jest dla ludzi starych za poważna. Związek ścisły gruczołu krokowego z jądrami, a mianowicie częsty zanik tegoż u wytrzebionego bydła i u eunuchów naprowadził na myśl trzebienia przy przeroście gruczołu. Operacyę tę wykonał pierwszy w roku 1893 Ramm. Wyniki uważać należy za bardzo nawet korzystne. Niektórzy spostrzegali wprawdzie zmiany psychiczne po wytrzebieniu; zaliczyć je trzeba chyba do wyjątków. Chorzy zwykle w późnym wieku zgadzają się chętnie na operacyę, zwłaszcza gdy wiedzą, że zabieg jest tak mały. Kümmell wykonał tę operacyę 26 razy, z tego w 22 był efekt, gruczoł się zmniejszył, a chorzy zaczęli mocz oddawać sami. W miejsce trzebienia wprowadzono wycięcie nasieniowodu. Stosował je autor 7 razy, w 3 chorzy zaczęli oddawać sami mocz. Goldmann polecił przyszycie opadniętego pęcherza w celu usunięcia zaułka; pod tym względem autor niema doświadczenia. Bezwątpienia prowadzą jednak do celu jedynie sposoby doszczętne, t. j. klinowate wycięcie, a zwłaszcza wyłuszczenie zupełne gruczołu. To ostatnie stosuje teraz autor na szeroką skalę, zwłaszcza w przypadkach krwotoków, trudnego cewnikowania i zajęcia pęcherza. Operuje od kiszki stolcowej lub od pęcherza, zależnie od tego, gdzie lepiej czuć gruczoł. Trzeba badać zawsze pęcherz cystoskopem, bo nieraz przerost widać tylko od strony pęcherza. Gruczoł daje się bardzo łatwo z torebki wyłuszczyć, krwotok przytem jest niewielki. Cewka leży zwykle w gruczole, nieraz jednak tylko na jego przedniej stronie. Obecnie ma autor statystykę, obejmującą 19 wycięć (10 od międzykrocza, 9 nadłonowych). Umarło z tego 4 chorych. Zresztą wyniki są bardzo dobre. W razie gdy obniżenie punktu zamarzania krwi jest poniżej 0,6, autor wykonuje tylko operacyę Bottiniego. Wyniku może nie być po operacyi w przypadkach, gdzie wypieracz moczu jest porażony. Autor operuje w znieczuleniu lędźwiowem. *Dr. Adolf Kłęsk.*

Tilmann. **Znieczulenie lędźwiowe stowainą.** (*Berliner klin. Wochs.* 1905, Nr. 34). Autor stosuje obecnie tylko znieczulenie lędźwiowe stowainą. Używa gotowego rozczynu 10 prc., który przed użyciem przegotowuje. Do strzykawki, napełnionej rozczynem, wciąga po wkłuciu igły trochę płynu mózgowordzeniowego, by lepiej wymieszać. Znieczuleń robił 42. Znieczulenie występowało najpóźniej w 15 minut, zawiodło ono tylko raz i to w przypadku, gdzie znieczulano powtórnie. Widać z tego, że następna dawka powinna być większą, niż pierwsza. Znieczulenie ustępowało po 1½—2½ godzin. Średnia dawka 0,06. Głównie używał autor znieczulenia przy operacyach kończyn dolnych i dolnych części brzucha: przy otwarciach jamy brzusznej jeszcze go nie stosował. Następowych powikłań nie widział autor żadnych. Po operacyi podaje chorym szklankę wina. Wysokie ułożenie chorych w łóżku chroni od bolu głowy. W razie mdłości przy operacyi wstrzykuje z dobrym skutkiem olejek kamforowy. Stowainę uważa autor za środek idealny do znieczulenia lędźwiowego. W końcu zrobił autor jeszcze jedno ciekawe spostrzeżenie, które może zarazem być środkiem leczniczym. Otóż u chorego z rwą kulszową miał autor operować wodniak jądra. Po znieczuleniu lędźwiowem nerwoból ustąpił zupełnie na 4 dni. Wobec tego zrobił autor energiczne bezkrwawe wyciągnięcie nerwu i w 8 dni chory wstał, czując się zdrowym. Zachęcony tem, wykonał autor to znieczulenie jeszcze w 3 przypadkach rwy i radzi gorąco w ciężkich przypadkach tej choroby znieczulenie lędźwiowe i bezkrwawe naciągnięcie nerwu. *Dr. Kłęsk.*

Bartholdy. **Próby kliniczne z formicyną.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 40, 1905). Od dwóch lat w oddziale klinicznym w Wiesbadenie robią się próby z formicyną (form-aldehyd-acetamid), jako środkiem w zastępstwie mieszanki jodoformowej, lub jako jej uzupełnienie. Środek ten przedstawia się jako gęsty jasno-żółty płyn o słabo kwaśnym smaku, rozpuszczający się w wodzie i wyskoku. Już przy ciepłocie 37° z wodnych rozczynów wydziela się z niego formaldehyd, który można w moczu wykazać zapomocą 1 prc. rozczynu floroglucyny z dodatkiem ługu sodowego (zabarwienie czerwono-brunatne). Środek ten stosowano w ropniach gruźliczych, zajęciach stawów i kości, dalej w schorzeniach stawów wiądowych, przymiotowych, urazowych i innych. W porównaniu z formaliną środek ten ma te zalety, że po wstrzyknięciu nie sprawia bolesności, nie działa na nerki i nie wywołuje podniesienia ciepłoty. Rozpuszcza się znakomicie tak, że można go i strzykawką Pravatza wstrzykiwać, co w przypadkach ze skłonnością do tworzenia się przetok jest bardzo ważnem. Stosowano go 83 razy w gruźlicy, 21 razy w innych cierpieniach. Dawka dla dorosłych 10 sz. cm. 5 prc. rozczynu. Próbowano go także podawać śródżylnie (0,25 rozczynu 1 prc.) u dziecka z gruczolakiem limfatycznym złośliwym. Pęcherz płókać można jedynie 2 prc. rozczynem, albowiem silniejsze sprawiają bolesne pieczenie; 2 prc. rozczyn działa też dobrze jako środek odkażający i odwaniający zakażone jamy i otoki ropne: 1 prc. rozczyn stosowano jako okład odkażający skórę 12 godzin przed operacyą. Wogóle wyniki bardzo miały być dobre, szczególnie w gruźlicy. *Dr. A. Kłęsk.*

Chiari. **W sprawie rozpoznawania nowotworów jamy szczękowej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Po wyliczeniu nowotworów, które spotkać można w jamie szczękowej, przechodzi autor do wskaźników rozpoznawczych. Ważnem bardzo jest w pierwszym rzędzie prześwietlenie jamy. W razie nowotworów i ropy odbicie (refleks) będzie ciemniejsze; w razie torbiela surowiczego — jaśniejsze. Nakłucie próbne dać może też czasem pewne wyjaśnienie. Trudno bardzo rozpoznać torbiele, a spotyka się je często. Torbiele śluzowe występują często jako następstwo lub zejście ostrych zapaleń, które rzekomo się wyleczyły. Czasem torbiel taki pęka i wylewa się nosem płyn, zawierający obficie kryształki cholestearyny. Spotyka się tu także torbiele pochodzenia zębowego. W przypadkach wyjątkowych spotkać można wodniaka jamy szczękowej. Częste krwotoki nosowe wzbudzają przy schorzeniu jamy podejrzenie nowotworu złośliwego (rak, mięsak). Ropienie jamy szczękowej jest często wywołane właśnie nowotworem. *Dr. Kłęsk.*

Heile. **Autoliza jako czynnik leczniczy w chirurgii i wzmacnianie jej z pomocą promieni Röntgena.** (*Archiv für klin. Chir.* Tom 77, Zeszyt 4. 1905). Salkowski i inni wykazali, że w narządach wyjętych z ustroju znajdują się fermenty, działające rozkładowo na różne części komórkowe. Fermenty takie tworzą się i za życia i działaniem ich może jest rezolucya w zapaleniu płuc, działanie zaczynowe wątroby przy otruciu fosforem itd. Autor spostrzegał, że przy „rozchodzeniu się“ ropni gruźliczych tworzą się fermenty, rozpuszczające włóknik (czego ropa zwykle nie czyni). Fermenty te biorą początek z rozpadu ciałek białych, który charakteryzuje wydzielanie z moczem większej ilości zasad purynowych i kwasu moczowego. Rozpad występuje bardzo wyraźnie po naświetlaniu promieniami Röntgena. Tak n. p. śledziona królika naświetlanego rozpuszcza włóknik szybko. Fermenty te rozkładają tłuszcz, węglowodany i białko, wiążą toksyny i działają zabójczo na drobnoustroje, są więc bardzo ważnym czynnikiem leczniczym. Ideałem też byłoby wynalezienie sposobu wzmacniania ich wydzielania się. Autor starał się wywołać miejscowe nagromadzenie się leukocytów i następowo naświetlał te partye promieniami Röntgena. Takie miejscowe zbieranie się wywołać można wstrzykiwaniem n. p. aleuronatu. W miejscach naświetlanych tworzyły się wrzody, podczas gdy naświetlane miejsca, gdzie wstrzyknięto środki obojętne, pozostały zdrowemi. Wydzielanie się takich fermentów spotykamy też w zapaleniu otrzewnej (w moczu wykazać można obfity kwas moczowy i zasady purynowe). Autor, korzystając z tego, wywoływał leukocytozę przez śródotrzewne wstrzykiwania zwierzętom kwasu 2 prc. nukleinowego lub aleuronatu, następnie zakażał otrzewnę zapomocą *bac. coli* i następowo prześwietlał, by wywołać rozpad leukocytów, a przez to tworzenie się fermentów. Wyniki były zachęcające. Leukocytoza, wywołana z otrzewnej, jest ogólna, po naświetlaniu znika i to n. p. z 40.000 na 1000, by potem znowu powrócić. Spostrzegać przytem często można spadek ciepłoty. Autolizę spotykamy także przy stosowaniu przekrwień podług Biera; dalej w podskórnych złamaniach kości ze silnem zmiażdżeniem części miękkich, przy wycinaniu wola podług Mikulicza (gdzie wiele tkanki zostaje podwiązanej lub okłutej). Tworzące się z rozpadu fermenty wywołują wtedy często aseptyczną gorączkę,

czasem dość wysoką, tak zw. „z wessania“. Autolizę uważa autor za ważny czynnik leczniczy, radzi też próbować wywoływać sztuczną leukocytozę i następowe naświetlanie chorego narządu w różnych cierpieniach, n. p. stawów. *Dr. A. Klęsk.*

PEDYATRYA. Comby. **O rodzinnej zaraźliwości gruźlicy.** (*Arch. de méd. des enfants*, 1905. Listopad). Pojawianie się gruźlicy w rodzinach i szerzenie się jej z pokolenia na pokolenie tłómaczono przez długi czas dziedzicznością bezpośrednią choroby. Gdy wobec nowszych badań pojęcie to nie mogło się utrzymać, przyjęto dziedziczność terenu, na którym choroba później z łatwością może się rozwinąć, czyli t. zw. usposobienie do gruźlicy. To rzekome usposobienie nie zdradza się jednak u dziecka żadnym widomym śladem, a rozwijający się w późniejszych latach t. zw. *habitus* gruźliczy jest raczej wyrazem już nabytej, a utajonej gruźlicy, nie zaś obciążenia dziedzicznego. Zdaniem autora, każde dziecko, jakiegobądź pochodzenia, skłonne jest do zakażenia gruźlicą, a dziedziczność nie się do tej skłonności nie przyczynia. Skoro dziecko natychmiast po urodzeniu rozłączymy z matką cierpiącą na gruźlicę, pozostanie ono zdrowe: — jeżeli zostawimy je matce, skazanem jest niemal niechybnie na zakażenie gruźlicą. Nie jest to zatem gruźlica dziedziczna, lecz gruźlica nabyta przez zakażenie rodzinne. Przypuszczano, iż gruźlica dostaje się do ustroju drogą przewodu pokarmowego; obwiniano kolejno mięso i mleko zwierząt gruźliczych. Jednakże pomimo usunięcia tych źródeł zakażenia zapomocą odpowiednich zarządzeń, śmiertelność z powodu gruźlicy nie zmniejsza się, lecz przeciwnie ciągle wzrasta. Zdaniem autora narząd oddechowy jest główną, prawie jedyną drogą, którą zakażenie gruźlicą dostaje się do ustroju dziecięcego. Badania zwłok wykazują, iż gruczoły oskrzelowe są stale zajęte gruźlicą (97 prc.); jest to pierwszy etap rozwoju gruźlicy w ustroju dziecięcym. Inne umiejscowienia są znacznie rzadsze i następowe. Nigdy (na 387 zwłok ze zmianami gruźliczemi) nie spotkał autor pierwotnej gruźlicy w narządzie trawienia. Zmiany te były zawsze następowe, a tłómaczą się łatwo zakażeniem przez połykanie plwocin. U dzieci, które wyszły z pierwszego dzieciństwa, zakażenie może nastąpić poza domem rodzinnym (na przechadzce, w szkole i t. d.); jednakże nawet u dzieci starszych niebezpieczeństwo zakażenia rodzinnego przewyższa o wiele inne sposobności do zakażenia. W pierwszem dzieciństwie zakażenie rodzinne odgrywa wyłączną rolę; a należy też brać w rachubę nietylko rodziców, lecz i innych krewnych i domowników. Wszystkie te osoby mogą stanowić niebezpieczeństwo wobec tego, iż każde dziecko stanowi niezmiernie podatny teren do rozwoju gruźlicy. Zdaniem autora u dziecka podobnie, jak u świnki morskiej, każde szczepienie daje wynik dodatni. Zakażenie rodzinne może nastąpić bardzo wcześnie, zwłaszcza jeżeli mamy do czynienia z gruźlicą u matki. Autor spotkał zserowacenie gruczołów oskrzelowych u dzieci w 40 i 56 dniu życia. Wogóle jednak nie spotyka się gruźlicy przed upływem 3 miesięcy; w miarę oddalania się od tego wieku staje się ona coraz częstszą: fakt, który przemawia przeciw dziedziczności, a za nabytem zakażeniem. Wobec tego, iż niebezpieczeństwo zakażenia rodzinnego jest u dzieci tak wielkie, należy je usuwać jak najszybciej od tej możliwości. Stwierdzono, iż dzieci rodziców gruźliczych, umieszczone na wsi zdala od ogniska domowego, w bardzo małym stopniu ulegają gruźlicy (3 prc.): pozostawione w rodzinie, giną w ilości 50 prc. Autor oświadcza się jak najgoręcej za myślą podjętą i wprowadzoną w czyn przez prof. Granchera, aby dzieci z rodzin gruźliczych umieszczać na wsi wśród rodzin zdrowych: jest to najskuteczniejszy środek zapobiegawczy. Prócz tego żąda autor najenergiczniejszych środków zaradczych, aby chorzy na gruźlicę nie szerzyli tej choroby zapomocą plwocin, jak również, aby rodzice byli przez lekarzy dostatecznie oświeceni co do niebezpieczeństw, jakie grożą dzieciom ze strony wszystkich osób, z jakiemi się bliżej stykają. *Żeleński.*

Kiraff. **Urotropina, a zapalenie nerek w płonicy.** (*Archives de méd. des enfants*, 1905. Listopad). Autor stosował urotropinę w 63 przypadkach płonicy; zajęcie nerek (licząc w to przemijający białkomocz) wystąpiło w 16 prc. U 100 innych chorych, leczonych bez urotropiny, zajęcie nerek pojawiło się w 53 prc. Autor przypisuje tę różnicę działaniu zapobiegawczemu urotropiny, które jest tem pewniejsze, im we wcześniejszym okresie choroby zaczęto podawanie tego środka. Podawanie urotropiny nie wywołało żadnych zaburzeń w narządzie trawienia. Działanie moczopędne było bardzo nieznaczne. Autor stosował ten środek w ilości 0·1—0·5, stosownie do wieku dziecka, 1—2 razy dziennie, przez 15—20 dni. *Żeleński.*

Carmelo Ciaccio. **Etyologia i patogeneza niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony.** (*Archives de méd. des enf.* 1905. Październik). Autor streszcza wyniki swych badań w następującym poglądzie: Niedokrewność niemowlęca z obrzmieniem śledziony przedstawia dwa różne typy choroby: 1) Niedokrewność niemowlęca pierwotna, z wrodzonem anatomicznem usposobieniem. W tych razach jakakolwiek sprawa chorobowa może stać się przypadkową pobudką do rozwinięcia się niedokrewności. 2) Niedokrewność niemowlęca objawowa, mogąca się rozwinąć w przebiegu różnych chorób, jak kiła, nieżyt przewodu pokarmowego, krzywica i t. d. W pierwszym razie sprawa chorobowa jest przeważnie nieuleczalna; w drugim wyleczenie zależnem jest od istoty i stopnia ciężkości sprawy chorobowej pierwotnej. *Żeleński.*

Flesch i Winternitz. **O potworniakach gruczołu tarczowego i ich operacyjnem leczeniu.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień. 1905). Autorzy opisują dwa wrodzone przypadki potworniaków gruczołu tarczowego. Leczenie polegało na wycięciu. Co do wskazań do leczenia operacyjnego wrodzonego wola, to autorowie sądzą, że jeżeli guz jest mały, nie sprawia zaburzeń oddechowych ani połykowych i nie rośnie szybko, można czekać do końca 1-go, 2-go lub 3-go roku życia; w przeciwnym razie należy operować bez względu na wiek. *Lewkowicz.*

Singer. **O leczeniu mocznicy płoniczej upustem krwi.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Autor przemawia bardzo gorąco za tym sposobem leczenia. Wyniki, które osiągnął w swoich 17 przypadkach (tylko 2 przypadki śmierci), są bardzo zachęcające. Upust byłby głównie wskazany w przypadkach, w których przeważają objawy podrażnienia mózgu (drgawki); przy śpiączce i obniżeniu wrażliwości mniej można liczyć na pomyślny wynik. Upust wskazany jest nietylko u dzieci silnych, ale przy pewnej ostrożności i u osłabionych i niedokrewnych, bez względu także na to, czy tętno jest rzadkie i napięte, czy częste i miękkie. Tylko przy tętnie nitkowatem zabieg ten jest bezowocny. Upust powinien być wykonany wcześnie, przy pierwszym napadzie mocznicy; można go, jeżeli potrzeba, powtórzyć po 24—36 godzinach. Ilość krwi, która się wypuszcza, zależy od wieku, stanu ogólnego dziecka i ciężkości przypadku. Według Baginskyego można bez niebezpieczeństwa wypuścić $^1/_{20}$—$^1/_{15}$ całej ilości krwi ($^1/_{13}$ części ciężaru ciała). *Lewkowicz.*

Winternitz i Finaly. **O guzach jajnikowych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Cztery własne spostrzeżenia guzów dobrotliwych. Usunięcie guza operacyjne z wynikiem korzystnym we wszystkich przypadkach. Guzy dobrotliwe (głównie torbielogruczolaki i potworniaki) są u dzieci dwa razy częstsze od złośliwych mięsaków, rzadziej raków. Rozstrzygającym objawem do przyjęcia guza jajnikowego jest obecność w dolnej części brzucha lub w okolicy pępkowej guza, mniej lub więcej symetrycznie umieszczonego. Ruchomość jego zależy od tego, czy wytworzyły się zrosty z narządami sąsiednimi. Wykazanie szypułki, łączącej guz z narządami płciowymi, jest u dzieci trudne. Guz może sprowadzać zaparcie stolca, parcie na mocz, bole w brzuchu, nagromadzenie cieczy w otrzewnej. Skręcenie szypułki może wywołać nagle gwałtowne bole w brzuchu z objawami zadraźnienia otrzewnej: wymiotami, zaparciem, zapadem. Napad taki może być pomieszany z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zabieg operacyjny jest jedynem racyonalnem leczeniem. Bezwzględnem wskazaniem byłyby do niego powtarzające się objawy skręcenia szypułki i to bez względu na wiek dziecka, gdyż zachodzi wtedy obawa zropienia guza. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. L. Karwacki. **Przyczynek do badań cytologicznych nad wypociną stawową w sprawach gośćcowych i rzeżączkowych.** (*Medycyna* 1905, Nr. 40). Poszukiwania cytologiczne autora obejmują 10 przypadków ostrego gośćca stawowego i 3 przypadki rzeżączkowych powikłań stawowych. Płyn otrzymywał przez nakłucie stawu i wyssanie do wyjałowionej strzykawki. W przypadkach gośćca wypocina zawierała wyłącznie leukocyty neutrofilne wielojądrzaste, w małej liczbie eozynochłonne wielojądrzaste, a liczba śródbłonków w żadnym przypadku nie przekraczała 1 prc. W wysiękach rzeżączkowych natomiast również dominowały leukocyty wielojądrzaste, które stanowiły 50 prc. ogólnej liczby pierwiastków komórkowych, lecz obok nich prawie w równych ilościach znajdowały się krwinki czerwone i śródbłonki. Przyczyna tkwi w tem, że dwoinki Neissera, cechując się powinowactwem do tkanki nabłonkowej i śródbłonkowej, niszczą komórki nabłonkowe, a równocześnie powstaje odczyn rozrodczy w komórkach sąsiednich. Komórki zwyrodniałe spadają z powierzchni błony do wypociny i warunkują powyższy wzór cytologiczny. *Dr. M. Blassberg.*

Porges. **O aglutynacyi otoczkowców.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 26, 1905). Autor przypuszczając, że otoczkowce trudno jest zaglutynować z powodu tamującego działania otoczek, usuwał otoczki przez ogrzewanie drobnoustrojów w słabym roztworze kwasu solnego. W ten sposób przyrządzone prątki Friedländera można było aglutynować zapomocą odpowiedniej surowicy w rozcieńczeniu

1: 500, podczas gdy surowica królicza, jakoteż surowica z odpowiednio uodpornionego zwierzęcia nie dawała w hodowli zwyczajnej żadnej aglutynacyi. Własności absorbcyjne aglutynin występują mniej wyraźnie w drobnoustrojach niezmienionych, aniżeli sposobem wspomnianym przyrządzonych. Nadto udało się autorowi w podobny sposób otrzymać aglutynacyę u innych otoczkowców, które ma zamiar ogłosić w innej pracy. *Gertler.*

Funk. **O wpływie środków leczniczych na tworzenie się niweczników i o stosunku precypityn do białka surowiczego.** (*Med. Klinik. Würzburg, Diss.* 1905). Autor w swej pracy doszedł do następujących wyników: Przez wprowadzenie wielkich ilości pilokarpiny wystąpiło we krwi królika krótkotrwałe, bo już po kilku godzinach przemijające wzmożenie aglutynin durowych prawie do podwójnej ilości. Małe dawki pilokarpiny, jakoteż atropiny, były bez wpływu na tworzenie się aglutynin, również cholestearyna i lecytyna nie wywołały zmian w tworzeniu się niweczników. Precypityny słabe składają się głównie z euglobuliny, silniejsze zawierają nadto pseudoglobulinę i to tem więcej tej substancyi, im są silniejsze, w każdym razie mniej, niż euglobuliny. Przez ostrożne i krótkotrwałe działanie siarkanu amonowego surowica nie traci własności wywoływania strątów (precypityn), natomiast ta własność zmniejsza się przez dłuższe działanie siarkanu amonowego. *Gertler.*

Kelling. **O odczynie surowicy krwi u dotkniętych rakiem.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 29 i 30, 1905). Autor znalazł we krwi chorych na raka właściwe precypityny, które tworzą się przy pomocy białka odmiennego gatunku. W szeregu badań 67 chorych znalazł w surowicy ich 22 razy substancye, wywołujące precypityny w surowicy, pochodzącej z kur i ich płodów, 4 razy zaś w surowicy świń i także ich płodów. Precypityn tych nie znalazł w surowicy osób zdrowych i przy innych chorobach. Autor opisuje dokładnie metodę, według której przeprowadził doświadczenia: Wątrobę i młode płody odpowiednich zwierząt przechowywał w glicerynie, później rozcierał w roztworze fizyologicznym soli kuchennej w stosunku 1: 1000 i dodawał następnie surowicy odpowiedniej w stosunku 1: 2. Rurki wstawiał do cieplarki przy 37° C. Po 3 godzinach występowały charakterystyczne zmącenia. Autor przerobił nadto szereg doświadczeń dla kontroli, aby udowodnić, że odczyn wspomniany jest charakterystyczny dla surowicy, pochodzącej od osobników dotkniętych rakiem. *Gertler.*

Zur Verth i Schumacher. **O oznaczaniu hemoglobiny zapomocą skali Tallquista.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 30, str. 1338). Autorowie oznaczali hemoglobinę zapomocą skali Tallquista w 100 przypadkach i porównywali otrzymane tą drogą wyniki z wynikami, uzyskanymi przy pomocy hemoglobinometru Fleischla; 19 razy otrzymali takie same wyniki na obu hemoglobinometrach; — najwyższe różnice nie przekraczały nigdy 15 prc. Autorowie wnioskują, że dla celów klinicznych, gdzie idzie o ścisłe wyniki, skala Tallquista nie wystarcza, że jednak najzupełniej powinna i może wystarczyć do celów praktycznych, a więc n. p. lekarzowi w godzinie ordynacyjnej. *Stahr.*

Dr. Syllaba. **W sprawie rozpoznawania słabszych stopni żółtaczki** (*Fol. haemat.* I. 1905, 636). Od lat już zajmuje się autor badaniem surowicy krwi co do zawartości w niej istot pochodnych od hemoglobiny, jak bilirubina, urobilina, hemosideryna i hemofuscyna [1]), a przedewszystkiem zajmował się krwią wśród złośliwej niedokrewności i bladaczki. Wnioski, do jakich doszedł, dadzą się wyrazić w następujących słowach: Jak z jednej strony wśród niedokrewności złośliwej da się stwierdzić stałe bilirubinemia z urobilinuryą i siderozą narządów wewnętrznych, tak we krwi blednicowych niewiast nigdy niema bilirubiny, czemu towarzyszy brak urobiliny w moczu (Hoppe-Seyler, Gawod, Noorden, Limbeck, Syllaba) i w stolcu (Noorden), a prawdopodobnie brak ubarwienia narządów wewnętrznych; czyli — pochodne od Hb są wśród niedokrewności złośliwej wzmożone, a wśród bladaczki ilość ich obniżona, albo ich zupełnie brak. W niniejszym artykule podnosi autor jeszcze raz, że się przekonał, iż bilirubinemii w niedokrewności złośliwej towarzyszy urobilinurya, nigdy zaś bilirubinurya, czyli innemi słowy: chemiczne badanie surowicy prędzej wskaże nam obecność żółtaczki, niż badanie moczu. Autor zaznacza, że w ciągu lat przekonał się, że właśnie badanie surowicy na bilirubinę jest najczulszą metodą wykrywania nizkich stopni żółtaczki i że tylko tą drogą da się nieraz rozstrzygnąć pytanie, czy to lub owo zabarwienie skóry jest pochodzenia żółtaczkowego. Tego samego zdania, co autor, jest i Dr. Hamel, który z kliniki Gerhardta w Berlinie ogłosił pracę p. t. „Zur Frühdiagnose des Ikterus“ (Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 39). *Stahr.*

[1]) Porównaj „Sbornik klinicky“ 1900—1901 i „Casopis Cékarú ceskych“, 1904.

Loewi i Meyer. **O działaniu substancyi syntetycznych, pokrewnych adrenalinie.** (*Archiv f. exper. Pathologie und Pharmak.* T. 53, 1905). Od czasu otrzymania przez Takaminego substancyi czynnej nadnercza w czystej postaci, czyli t. zw. adrenaliny, pojawiło się już sporo prac, mających na celu zbadanie wpływu adrenaliny na ustrój zwierzęcy. Niebawem okazało się, iż adrenalina wywiera różnorodny wpływ na ustrój zwierzęcy. Pierwszym, a zarazem najwybitniejszym objawem działania adrenaliny, wstrzykniętej do krwiobiegu, jest znaczne podniesienie się ciśnienia w tętnicach. Później występują zaburzenia w przemianie materyi (cukromocz), zmiany w tętnicach, wątrobie i t. d. Rzeczą ze wszech miar pożądaną zbadać było po pierwsze, azali niema związków chemicznych, któreby tak samo działały na ciśnienie krwi, jak adrenalina: a powtóre, jeśli związki takie istnieją, czy wywołują w ustroju takież lub podobne zaburzenia, jak adrenalina. Loewi i Meyer zajęli się głównie pierwszym zagadnieniem. Wstrzykiwali oni królikom do żyły związki chemiczne, syntetycznie otrzymane przez Stolfa, zbliżające się swym składem chemicznym do adrenaliny. Okazało się, iż związki rzeczone podnoszą u zwierząt ciśnienie, podobnie jak adrenalina, acz niektóre w stopniu mniejszym. Z badań autorów wynika, iż ciśnienie podnosiło się po wstrzyknięciu wspomnianych związków do krwi w sposób następujący:

po wstrzyknięciu 1 mg.	metylaminoketonu	z 64	na	96	mm. Hg.
„	„	„ 88	„	110	„
„	etylaminoketonu	„ 64	„	96	„
„	aminoketonu	„ 70	„	122	„
„	„	„ 77	„	120	„
„	etylaminoalkoholu	„ 66	„	124	„
„	„	„ 70	„	124	„
„	„	„ 60	„	134	„

Z tych wyników okazuje się, iż zasady alkholowe silniej podnoszą ciśnienie, niż zasady ketonowe. W końcu pracy autorowie wspominają krótko, że związki chemiczne, wyżej wspomniane, wywołują w ustroju takie same zaburzenia i zmiany anatomiczne, jak adrenalina. *A. Wrzosek.*

De Waele H. i Sugg. **Doświadczenia z krowianką.** (*Centralbl. f. Bact.* Bd. 39, H. 1 i 2, 1905). Autorowie przeprowadzili większą liczbę doświadczeń nad paciorkowcem ospowym, zawartym w ospie i krowiance, na królikach, kozach i cielętach. Przekonali się, że króliki są rozmaicie wrażliwe, mniej kozy, a najwięcej czułe na zakażenie są cielęta, u których wytwarzały się największe ilości ciał, wywołujących aglutynacyę. Przesącz krowianki, otrzymany filtrem Chamberlanda, nie zakaża cieląt i nie uodparnia ich, natomiast można je uodpornić rozcieńczoną szczepionką ospową, umieszczoną na 3—7 dni podskórnie w torebkach celulozowych. W treści woreczka wyrasta paciorkowiec ospowy. *Gertler.*

Tizzoni i Bongiovanni. **Działanie radu na jad wścieklizny w ustroju zwierzęcym i poza ustrojem.** (*C. f. Bact.* Bd. 39, str. 187, 1905). Jad wścieklizny, rozmieszany w bulionie, przestał być jadowitym po 2 godzinach zadziałaniu radu, a po 1 godzinie był tak osłabiony, że zwierzęta nim szczepione ginęły znacznie później wśród objawów ogólnego wycieńczenia. Jeśli zastrzykniemy jad królikom do oka, mózgu lub do nerwu kulszowego i równocześnie zastosujemy promienie radu przez tydzień po 1 godzinie dziennie na miejscu zakażenia, możemy uchronić zwierzęta doświadczalne od śmierci. Jeżeli natomiast leczenie radem rozpoczyna się w 24 godzin po zakażeniu, już zwierząt uratować nie można. *Gertler.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Opryszczki na wargach leczył miejscowo Halbhuber (*Wiener med. Presse* 1905, 48) 6 prc. **jodvasogenem** Pearsona. Przed pojawieniem się opryszczek uczuwa chory na wargach swędzenie; w tym okresie można lekkiem muśnięciem i lekkiem wcieraniem 6 prc. jodvasogenu opryszczkom zapobiedz. Zwykle jednak lekarz widzi chorego w późniejszym okresie, gdy już wytworzyły się pęcherzyki. Wtedy wystarcza 3—4-krotne wtarcie odrobiny 6 prc. jodvasogenu palcem w miejsca zaczerwienione i wyniosłe, aby zapobiedz dalszemu rozwojowi pęcherzyków i powstawaniu sztywnych strupów; opryszczki goją się potem w ciągu tygodnia, nie, jak zwykle, po 2 tygodniach. Jeżeli w toku gojenia strup się oderwie, to 6 prc. jodvasogen tamuje krwawienie i ułatwia powstanie nowego podatnego strupa. W każdym zaś razie jest użycie jodvasogenu, zdaniem H., lepsze od zazwyczaj stosowanych maści i zasypek. Wobec wytworzonych już pęcherzyków użyć należy jodvasogenu pierwszego dnia 3—4 razy, później raz na dzień. *P.*

Digalenu zamiast naparstnicy używał w szeregu przypadków Kollick (*Prager med. Wochs.* 1905, 18), pragnąc uniknąć przykrych objawów ubocznych, zdarzających się po naparstnicy, która przytem ma tę wadę, że jej liście mają skład niestały i zawierają skuteczne składniki w bardzo zmiennej ilości. Według K. jest działanie digalenu pewniejsze, niż działanie naparstnicy; okazało się to w niektórych przypadkach, w których dłuższe podawanie naparstnicy nie wywarło skutku, a wywołał go potem digalen, zawierający stałą ilość skutecznego składnika (digitoksyny). Digalen można przeto znacznie ściślej dawkować. Nadto działa digalen znacznie szybciej od naparstnicy, nadaje się przeto szczególnie wtedy, gdy zależy na jaknajszybszym skutku. Niemiłych skutków po digalenie K. nigdy nie zauważył. *Hf.*

Kreozotal w zapaleniu płuc zyskał sobie uznanie u lekarzy amerykańskich. Obecnie znowu zaleca go Stackhouse (*Med. Rew. of Rew.* 1905, 25/VI), radząc podawać dawki pełne (dzieciom według ich wieku 0,25—4,5, dorosłym 8—12 gramów dziennie) jeszcze parę dni po przełomie. Herrmann zaś (*Georg. Pract.* 1905, 5) leczył wszystkich swych 31 chorych na zapalenie płuc tylko kreozotalem i nie stracił żadnego, stwierdzając przy tem leczeniu wyraźnie korzystny wpływ na ciepłotę i tętno. Ubocznego działania na żołądek, serce i nerki H. nie zauważył. Podaje on dorosłym po 15 kropli co 3 godziny. Tegoż leku używał Hecht (*Therapie der Gegenwart*, 1905, 4) w przypadkach zołzowych i gruźliczych obrzęków gruczołów krezkowych u dzieci i zapewnia, że skutek był równie dobry, jak po użyciu tego leku wobec zmian gruczołów szyjnych. *H.*

W nagminnem zapaleniu opon mózgowych próbowało kilku autorów użyć wcierań **maści Credego;** w niektórych przypadkach leczenie to miało odnieść istotnie skutek. Po jednym pomyślnym przypadku ogłosili w ostatnich czasach Sehrwald (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 35), Nitour (*Bull. gen. de ther.* 1905, 15/VI) i Bjorkman (*Mercks Arch.* 1905, I). Pierwszy wcierał dziennie po 7·5 gr. maści Credego w skórę tułowia, obmytą mydłem i wyskokiem i twierdzi, że skutek był po każdem wtarciu wybitny. Drugi wyleczył temi wcieraniami (2—3 dziennie) ciężki przypadek w ciągu dni 9. Trzeci zaleca oprócz tych wcierań (2, potem jedno dziennie), jeszcze zawijanie ostrzyżonej głowy w okłady z 1·5 prc. formaldehydu, acetanilidu i 1—10 prc. kresaminy. *H.*

VI. O kąpielach w starożytności.

Napisał

Dr. Adam Langie.

Początek używania kąpieli wodnych gubi się w pomroce bajecznych okresów historyi ludzkości. Należy przypuszczać, że już w czasach przedhistorycznych posługiwali się niemi ludzie, bądźto dla oczyszczania, bądź też dla ochładzania ciała, idąc wprost za przykładem zwierząt, a należy tak przypuszczać na podstawie spostrzeżeń, czynionych dziś jeszcze u pierwotnych, całkiem dzikich narodów, które kąpią się dlatego, bo naśladują zwierzęta.

Pierwsze najdawniejsze wzmianki o kąpielach poniekąd już leczniczych spotykamy w prastarych zabytkach pisma klinowego, gdzie nawet nie brak wiadomości o dalekich podróżach, jakie przedsiębiorą chorzy do pewnych źródeł i wód, mających tradycyjną sławę uzdrawiania. Przeważnie jednak kąpiel lub częściowe obmywania były czynnością religijną u najdawniejszych ludów historycznych, jak Indusi, Asyryjczycy, Egipcyanie i Izraelici. U tych ostatnich n. p. nakłada prawo Mojżesza jako obowiązek obmywania i kąpiele przy wielu aktach religijnych.

Zbawienny wpływ na zdrowie wody źródlanej, rzecznej, czy morskiej, wreszcie różnych zdrojów mineralnych, znanym był od wieków, a tylko sposób, w jaki i dlaczego one działają, tłómaczono sobie rozmaicie, stosownie do pojęć i fantazyi poszczególnych narodów. Wogóle przypisywano działanie siłom mistycznym, więc bóstwom, które w ten sposób władzę swą i potęgę ludziom okazują. Najwybitniej występuje to u Greków i u Rzymian, gdzie też początki balneologii — *sit venia verbo* — związane są ściśle z mitologią. U nich wszystkie wody już to poświęcone są bogom pierwszorzędnym, jak Apollo, Saturn, Afrodyte, Dionysos, Hermes, Neptun, już też bujna poetycka wyobraźnia stwarza nowe bóstwa specyalne i przystosowuje do działania leczniczego pewnych zdrojów. Zwłaszcza cieplice, wytryskujące z ziemi, jako źródła gorące, wydają się czemś tak tajemniczem, że nawet Aristoteles twierdzi, jakoby miały wprost boski początek, gdyż zawierają siarkę i ogień piorunów. Cieplice przeważnie poświęcano Herkulesowi, który uosabia ich siłę leczniczą, jak n. p. źródła w Termopilach, Thermae Herculis w Kampanii rzymskiej, lub zdroje, które do dziś noszą jego imię — „Herkulesbad“. W myśl poetyczne; wyobraźni Greków morzem włada wielki Posejdon i żona jego Amfitryta; dalej Okeanos i Nereusz, praojcowie licznej rzeszy bogiń podrzędnych, zwanych Okeanidami. Na dnie morskiem przebywa syn Okeanosa i Tetydy Proteusz, który rzadko tylko pojawia się na powierzchni morza. Sługą i heroldem Neptuna jest Tryton, ciągnący po falach wóz jego i dmący w ogromnej konchy zwoje, by rozkołysać lub uspokoić spienione morskie bałwany. Opiekunką żeglarzy jest bogini Leukotee, a syn jej Palemon roztacza pieczę nad modrą tonią spokojnych portów i zatok przybrzeżnych. Achelous, równie jak Cefir, jest bogiem rzek i ojcem nadobnych Syren, co skaliste zamieszkują rafy.

Prócz tych bóstw, rzeki, źródła i jeziora ożywia tajemny liczny świat Nimf, będących bóstwami żeńskiemi niższego rzędu, uosabiającemi wogóle siły przyrody. Towarzyszą one wśród śpiewów i pląsów świetnym orszakom bogów wyższych, a obdarzone są darem stawania się niewidzialnemi i spełniania rzeczy nadludzkich, zawsze młode, wesołe i urocze, jak uroczym jest całej Hellady krajobraz. Są one powszechnie czczone i kochane, bo ludziom chętnie spieszą z pomocą. Więc w ustronnych miejscach, nad brzegami jezior lub u górskich wywierzysk wznoszą im świątynie i ołtarze, tak zwane Nympheae, w miejscu których odnajdujemy dziś jeszcze kamienie z napisami dziękczynnymi za wyleczenie. Najznakomitsi poeci wielbią ich czyny i życie w całym szeregu natchnionych utworów.

Nimf czczono całe mnóstwo i nadawano im różne nazwy. Przedewszystkiem Najady tworzą rodzinę nimf wodnych w odróżnieniu od Dryad, nimf drzewnych i Oread, nimf górskich. Wspomniane już wyżej Okeanidy były nimfami źródeł i strumieni; Nereidy zamieszkują błyszczącą w głębi morza grotę, pływają na grzbiecie delfinów lub suszą w słonecznych zatokach bujne swych włosów sploty. Każde zjawisko morskie jest dla Greków zjawiskiem boskiem: fala szemrząca u skalistego wybrzeża, to głos nimfy Nerai, a wzburzone wały spiętrzonych bałwanów porusza nimfa Feruza i Dynamena. Nimfy rzek zwano Potamidami; nimfy jezior, stawów i bagnisk noszą nazwę Limnad. Pierydy, to nimfy źródeł, tryskających u stóp gór Helikonu i Parnasu, których woda udziela pijącym poetyckiego natchnienia; Hesperydy wreszcie zamieszkują na jednej z wysp oceanu przepyszne ogrody, rodzące złote jabłka i najprzedniejsze owoce.

Najdawniejsze kąpiele, jakich starożytni Grecy używali, były to kąpiele na otwartem powietrzu, rzeczne lub morskie, że jednak znano już dawno także ciepłe kąpiele, dowodem tego ustępy z Homera, gdzie do aktu gościnności należy ofiarować gościowi w domu ciepłą kąpiel, którą nawet córy królewskie nie wahają się mu przyrządzać.

Wogóle u wszystkich ludów starożytnych woda, uważana przeważnie jako jeden z głównych pierwiastków wszechrzeczy, znajduje szerokie symboliczne zastosowanie: używaną bywa przy składaniu ofiar, do obmywania rąk przy wielu obrzędach na znak oczyszczenia duchowego (u Homera mycie rąk przed jedzeniem), lub do skrapiania danin poświęconych bogu (u Egipcyan i Izraelitów). Cześć boską oddają Egipcyanie Nilowi, a Indusi Gangesowi. Świątynie wznoszą się zazwyczaj w pobliżu źródeł lub nawet we wnętrzu świątyń znachodzą się studnie święte. Pierwsze świątynie Asklepiosa stawiają Grecy nad źródłami i potokami, których wody mają cudowno-leczniczą moc i pozostają pod opieką kapłanów. Do wielu tych źródeł przywiązana legenda, że po napiciu się ich wody nabywa człowiek daru przewidywania losów przyszłych i wygłaszania natchnionych wyroczni.

Również w biblii mamy liczne wzmianki o cudownych wyleczeniach wodą, jak n. p. usunięcie trądu przez siedmiokrotne wykąpanie się w rzece Jordanu, przywrócenie wzroku ślepym, wyleczenie porażonych. Słynęły zwłaszcza: źródło Kanahan, studnia Jakóba, źródło Siloham i jezioro Bethesda.

Wiadomości o własnościach chemicznych i fizykalnych wód leczniczych były w starożytności z powodu braku znajomości chemii całkiem błędne i skąpe, a lekarze, choć w dziełach swych wiele się o działaniu różnych źródeł rozpisują, nie znają oczywiście przyczyny ich skutecznego wpływu, lecz przypisują to siłom nadnaturalnym lub opierają na doświadczeniu. Herodikos z Sylymbrii, nauczyciel Hippokratesa, żyjący przed wojną peloponeską, który sam na sobie doświadczył zbawiennych skutków ćwiczeń fizycznych i kąpieli, zaleca pierwszy kąpiele i nacierania zimną wodą, jako środek wzmacniający ustrój i wielce dla zdrowia korzystny. U Hippokratesa spotykamy rozrzucone w różnych jego pismach notatki o dobrym lub szkodliwym wpływie zimnej wody, jako pierwsze empiryczne wskazówki leczenia kąpielami, chociaż wogóle obawia się on w wielu przypadkach niskiej ich ciepłoty. Antonius Musa, któremu

udało się wyleczyć cesarza Augusta z długoletniego cierpienia kąpielami i piciem zimnej wody, jest zapalonym zwolennikiem wodolecznictwa.

Więcej natomiast wagi przywiązywano do ciepłych kąpieli, bo ciepło było jednym z pierwiastków życiodajnych. Homer wspomina w kilku miejscach o kąpielach ciepłych w wannach i o źródłach ciepłych pod Troją. Jako środek leczniczy poleca ciepłe kąpiele Hippokrates przy żółtaczce, gośćcu i niektórych chorobach skórnych. Wielkimi zwolennikami leczniczych ciepłych kąpieli są Asklepiades i Eresistratos. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Paryżu.

(2—7 października 1905 [1]).

Sekcya I.

Patologia lekarska.

Ferne (Bordeaux) próbował, czy prątki słabej jadowitości, wprowadzone do jamy otrzewnej morskich świnek w workach kolodionowych nabywają silniejszej jadowitości, ale otrzymał wynik ujemny.

Bezançon i Philibert (Paryż) starali się określić szczegółowo własności bakteryi kwasoodpornych, które dzielą na dwie kategorye: jedne są silnie odporne, zarówno na kwas, jak na wyskok i to nawet dziedzicznie, drugie (woskowina, mastka (smegma)) słabiej odporne, nie mają odporności wobec alkoholu, a właściwości swe objawiają tylko w poszczególnych środowiskach. Zapatrywanie powyższe zbija Courmont, twierdząc, że obecnie nie mamy kryteryum do osądzenia, czy prątki kwasoodporne nie są prątkami gruźliczymi saprofitami.

Rodet i Galavielle (Montpellier), wstrzykując czyste hodowle bakteryi kwasoodpornych do żył, otrzymywali zmiany, odpowiadające zupełnie gruźliczym *(nodules tuberculiformes)*.

Gastou (Paryż) w badaniach swych nad własnościami uodparniającemi prątka kwasoodpornego z masła dochodzi do wyniku, że wytwory wydzielnicze tego prątka nie wywierają żadnego wpływu; natomiast hodowle jego, wstrzyknięte zapobiegawczo, osłabiają wybitnie gruźlicę u morskich świnek.

Badania Guirauda (z Tuluzy) wykazały, że niektóre młode hodowle nie mają własności kwasoodpornych.

Mongour (Bordeaux) wykazuje na podstawie danych statystycznych, że w zakażeniu gruźliczem ważniejszą jest rola terenu, aniżeli prątków, które nie muszą działać jadowicie.

Cantacuzène, Irinescu, Behring, Maragliano i Lévy na podstawie swych badań widzą związek filogenetyczny między prątkiem Kocha, a prątkami kwasoodpornymi. Paratuberkulina z kwasoodpornych wywołuje zjawiska analogiczne do tuberkuliny Kocha.

Anglade (Bordeaux) zwraca uwagę na konieczność zwalczania niebezpieczeństwa ze strony prątków gruźliczych w stolcach, które u dzieci i u obłąkanych stanowią główny czynnik zakażenia.

Chauvain (Paryż) wyróżnia trzy stopnie gruźlicy, odpowiadające różnemu zachowaniu się prątków: a) przy zmniejszaniu się sprawy gruźliczej prątki znikają; b) przy potęgowaniu się sprawy chorobowej mnożą się i przedewszystkiem rozwijają się postacie ziarniste; c) przy korzystnym przebiegu gruźlicy znikają prątki ziarniste, a przeważają jednolite.

Jousset na podstawie bardzo ścisłych badań krwi u 50 chorych dochodzi do wniosku, że w przebiegu przewlekłej wrzodziejącej gruźlicy, prątki gruźlicze wyjątkowo tylko znajdują się we krwi; w ostrych natomiast i podostrych sprawach prawie w połowie przypadków zawarte są prątki we krwi i to częściej przy tak zw. zapaleniu serowatem, aniżeli w gruźlicy wrzodziejącej galopującej. Obecność prątków we krwi bywa zawsze objawem chwilowym i nawrotnym.

Robin dowodzi, że u gruźliczych wymiana materyi jest wzmożoną. Zdanie to napotkało na silną opozycyę ze strony Charrina i Tissota, którzy na podstawie całego szeregu doświadczeń i spostrzeżeń, poczynionych na zwierzętach i ludziach, nie spostrzegali bynajmniej zwiększenia przeróbki materyi. Podobne spostrzeżenia porobił Küss (Angicourt).

Według Loranda (Karlsbad) czynniki osłabiające i zmieniające gruczoł tarczykowy sprzyjają gruźlicy, podczas gdy podnięty dla gruczołu tego (mleko, mięso, wzrost) wzmacniają odporność gruźliczą.

Arloing i Laulanié w swych badaniach porównawczych nad oddychaniem u krów zdrowych i gruźliczych znaleźli, że spotrzebowanie tlenu na kilogram i godzinę wynosiło u krowy zdrowej 0·230 litra, u krowy gruźliczej 0·228 litra, że zatem niema wybitnej różnicy między współczynnikami oddychania u krów zdrowych i gruźliczych.

Ogilvie (Londyn) stwierdza, że przejście gruźlicy na potomstwo drogą nasienia lub jajek jest wątpliwem; przeniesienie się drogą łożyska nadzwyczaj rzadkiem zjawiskiem. Zaprzecza on istnieniu „specyficznej" skłonności dziedzicznej w gruźlicy, jakkolwiek nie należy wątpić, że pewne stosunki anatomiczne i kliniczne, przeniesione na potomka, stwarzają łatwość nabycia przez tegoż gruźlicy.

Teissier (Lyon) stwierdza, że na 100 przypadków białkomoczu przepuszczającego (*albuminuria intermittens*) 34 zawdzięcza swe istnienie gruźlicy ustroju. Na tych 34 w sześciu rozwinęła się w dalszym ciągu gruźlica, reszta wyleczyła się.

Achard (Paryż) podnosi, że nie należy zapominać o ważności rozpoznania początków gruźlicy i gdy inne nowe środki rozpoznawcze nie wystarczą, należy się uciec do stwierdzenia aglutynacyi prątków Kocha i do próby z tuberkuliną.

Mariani zestawia objawy, służące do wczesnego rozpoznania gruźlicy. Należy uwzględnić usposobienie dziedziczne i nabyte przez choroby zakaźne, alkoholizm, zapalenia opłucnej z przeziębienia, niektóre zmiany w sercu (zwężenie zastawki dwudzielnej), podniesienia się przemiany oddechowej. Warunki ogólne, znajdowane przy usposobieniu gruźliczem, są następujące: 1) Chudnięcie bez wyraźnej przyczyny; 2) wyrośla gruczołowate w gardle jako pierwszy okres gruźlicy gruczołowej; 3) pewne bole nerwowe, stawowe i opryszczka; 4) niedokrewność u kobiet ze znacznem zmniejszeniem się odsetka hemoglobiny i prawie niezmienioną liczbą krwinek czerwonych; 5) lekka niestrawność (dyspepsya) połączona z wygórowaną kwasotą moczu; 6) obrzęk gruczołu tarczykowego; 7) wzmożenie się liczby uderzeń tętna przy braku gorączki i zmniejszenie się napięcia tętnicy; 8) przedgruźlicze powiększenie się śledziony; 9) jednostronne zwężenie lub rozszerzenie się źrenicy; 10) właściwa barwa brzegu dziąseł; 11) bronchofonia podmiotowa; 12) lekkie przemijające podniesienia ciepłoty w następstwie znużenia; 13) skłonność do potów; 14) suchy, często spazmatyczny kaszel; 15) duszność przy najmniejszym wysiłku; 16) krwioplucie wśród pełni zdrowia; 17) zanik mięśni szyjnych i łopatki, oraz klatki piersiowej. Nadto dodatkowo służą wypuk, przysłuch, spirometrya, radioskopia i objaw Lottena, t. j. zmniejszona ruchomość przepony po stronie zajętej.

Schrötter (Wiedeń) opisuje bardzo rzadki przypadek u młodego mężczyzny, który okazywał porażenie nerwu wstecznego, dwa gruczoły karkowe, przytłumienie na obszarze osierdzia, cień w śródpiersiu przy prześwietlaniu promieniami Roentgena. Był to olbrzymi obrzęk gruczołów, którego powstanie datowało się według S. jeszcze w wieku dziecięcym.

[1]) Według „La Presse médicale", 1905. Nr. 79—82.

Nicolas na 17 spostrzeganych przypadków tocznia w jedenastu stwierdził aglutynacyę, w sześciu jej brakowało. Także w dwóch przypadkach tocznia rumieniowego stwierdził dodatnią aglutynacyę, coby przemawiało za gruźliczą naturą tego cierpienia.

Vitry na podstawie 568 spostrzeżeń twierdzi, że należy podejrzywać gruźlicę u każdej jednostki nie gorączkującej, okazującej dodatnią aglutynacyę.

Arloing, Bayle i Dumarest stwierdzają, że w aglutynacyi istnieją odmiany, zależne od umiejscowienia anatomicznego i rozwoju sprawy.

Courmont wyciąga wnioski prognostyczne na podstawie zdolności aglutynacyjnej wysięków opłucnych. Jeżeli wysięk w stosunku co najmniej 1:5 aglutynuje, to w trzech czwartych przypadków chory zdrowieje, w przeciwnym przypadku prawdopodobieństwo wyzdrowienia jest tylko 1:4.

Froment (Lyon) stwierdza, że u starców odczyn surowiczy Arloing-Courmonta jest słabszy, niż u dorosłych, że w przypadkach gruźlicy uleczonej jest ujemny i że jego obecność pozwala wykryć utajone ogniska gruźlicze.

Béclère (Paryż) twierdzi, że każdy przypadek rozedmy płucnej nasuwa podejrzenie gruźlicy.

Nattan-Larriere zauważył, że zaszczepienie gruźliczego płynu w sutek śwince morskiej, będącej w okresie karmienia, wywołuje szybką gruźlicę i że już w 5—8 dni stwierdzić można w mleku prątki gruźlicze.

Według Malmejaca mocz gruźliczych, przechowywany aseptycznie, zachowuje swą kwaśność tem dłużej, im dalej posunięta jest gruźlica. U jednostek zdrowych utrzymuje się kwaśność przez 3—4 dni.

Cressun (Algier) wykazuje, że zimnica sprzyja gruźlicy. Między dwiema temi chorobami niema istotnego antagonizmu, lecz niekiedy istnieje antagonizm w rozwoju: wpływ gruźlicy na zimnicę dość rzadko daje się stwierdzić.

Toussaint-Barthélemy (Paryż) wskazuje na to, że kiłowe drugorzędne zapalenia krtani i oskrzeli mogą dawać pozory gruźlicy. Postać wrzodu pierwotnego i kilaka pozostaje zazwyczaj zapoznaną. Kiła dziedziczna daje powód do liczniejszych błędów. Leczniczo wskazana jest rtęć.

L. Bernard (Paryż) wyraża przekonanie, że antagonizm między gruźlicą a dną nie stanowi reguły i niejednokrotnie objawy dny stanowią wtórorzędny objaw w gruźlicy.

Z badań Boucharda i Balthazarda wynika, że drobne serce stanowi usposobienie do gruźlicy. W miarę rozwoju sprawy gruźliczej serce ulega przerostowi, a następnie rozszerzeniu.

Le Noir i Camus (Paryż) stwierdzają, że przy przewlekłej gruźlicy płucnej przebieg gorączki da się ująć w krzywizny, właściwe dla każdego poszczególnego chorego.

Według Burckhardta (Arosa w Szwajcaryi) ciąża nie obciąża rokowania początkowej gruźlicy płucnej, a leczenie powietrzem górskiem jest w tych przypadkach korzystne.

Bossi sądzi, że im dalsze są miesiące ciąży u jednostek gruźliczych, tem większe jest niebezpieczeństwo dla matki i płodu. Należy więc według niego na życzenie matki ciężarnej, dotkniętej choćby tylko początkową gruźlicą, wykonać sztuczne poronienie lub przedwczesny poród. Zdanie to znalazło silnych przeciwników w profesorze Bouchardzie, Burckhardzie i Teissierze, którzy sądzą, że nie mamy prawa zabijać dziecka, którego usposobienia do gruźlicy nie znamy.

Landouzy i Labbé wskazują na to, że najbardziej typowa blednica jest często tylko zamaskowaną postacią gruźlicy i rychłe przedsięwzięcie leczenia daje skuteczne wyniki.

Nicolas (Lyon), badając krew chorych na toczeń, nie znajdował zmian w krwinkach czerwonych, natomiast wzrost liczebny ciałek białych jednojądrzastych.

Anglade stwierdza, że gruźlicę napotykamy znacznie częściej w stosunku odsetkowym w wywiadach przy upośledzeniu umysłowem i idyotyzmie, aniżeli kiłę i alkoholizm.

E. Batz (Arcachon) stwierdza wbrew panującemu mniemaniu, że gruźlica częściej rozpoczyna się po stronie prawej (117 razy na 180).

Bergonié (Bordeaux) otrzymywał wybitne wyniki po zastosowaniu X-promieni przy niezropiałych gruczołach gruźliczych szyjnych i oskrzelowych.

Trouvé (Courbevoie) na 571 obdukcyi zmarłych na inną chorobę, aniżeli na gruźlicę w 303 przypadkach znalazł gruźlicę utajoną uleczoną, lub w okresie wyleczenia, a u 127 były zmiany podejrzane.

Mendel (Paryż) poleca codzienne wstrzykiwanie olejku rozdrębowego (eukaliptowego) w ilości 10 cm.³ do tchawicy, jako skuteczny miejscowy środek leczniczy w gruźlicy narządów oddechowych.

Wahlen (Paryż) wygłasza zdanie, że prątki gruźlicze w ustroju wydzielają substancyę nukleinową, która w następstwie działa powstrzymująco na proces gruźliczy.

Jaquerod (Leysin) zachwala leczenie wstrzykiwaniami coraz większych ilości tuberkuliny, bez wywoływania silniejszego odczynu.

Spillman (Nancy) poleca wstrzykiwania naftolu kamforowego w świeżych procesach gruźliczych jamy otrzewnej i opłucnej.

Jousset stosował z dobrym skutkiem leczniczym u ludzi stare osłabione hodowle prątków Kocha z przed trzech i więcej lat.

Arloing, Dumarest i Maignan stwierdzają, że zmniejszanie się stosunku mocznika i azotu do fosforanów u chorego gruźliczego jest złym prognostykiem, a zwiększanie się dobrym. Toż samo stwierdził Desgrez.

Rappin i Soubrane (Nantes) stwierdzili hamujący wpływ mocznika na rozwój prątków Kocha.

Jeanselme i Chatin zachwalają w leczeniu tocznia metodę naświetlania i radyoterapię, oraz ich kombinacye, tudzież leczenie zapomocą radu, jakkolwiek nie zarzucają starych sposobów leczenia.

Monisset przestrzega przed forsownem żywieniem gruźliczych bez odpowiedniego doboru pożywienia.

Petit (Alfort) stwierdza wbrew dawnym mniemaniom, że koza, pies i kot ulegają często gruźlicy.

Nattan-Larrier i Bergeron (Paryż) podają, że 10 cm.³ świeżej krwi, zmieszane ze 120—200 cm.³ wody przekroplonej, dają płyn, który po scentryfugowaniu pozwala wykryć prątki gruźlicze.

Arloing przedstawia, że można cielęta uodpornić przeciw gruźlicy, zaszczepiając im osłabione prątki ludzkie lub wołowe drogą krwi lub podskórnie.

Lalesque zachwala leczenie gruźlicy klimatem morskim.

Goudard (Pau) stwierdza zgubny wpływ podniet płciowych i małżeństwa dla gruźliczych.

Prof. Maragliano podaje wynik swych badań nad leczeniem swoistem gruźlicy. Wszystkie wyciągi z krwi, mleka i tkanek zwierząt, uodpornionych przeciw gruźlicy, mają działanie lecznicze przeciwgruźlicze. Surowica zwierząt uodpornionych, wstrzyknięta człowiekowi, zwłaszcza w początkowych okresach, wywiera dodatni wpływ leczniczy. Także wprowadzenie drogą przewodu pokarmowego może wywrzeć wpływ leczniczy.

Beranch (Neuchatel) donosi o swojej nowej tuberkulinie, złożonej z toksyn pozakomórkowych, o słabem działaniu trującem i z toksyn wewnątrzkomórkowych (acidotoksyn), wyciągniętych z pierwoszczy prątków zapomocą kwasu ortofosforowego w stosunku 1:100.

Marmorek (Paryż) zachwala swoją bezwarunkowo nieszkodliwą surowicę, zapomocą której osiągał sam, oraz liczni inni autorowie pomyślne wyniki lecznicze. Cugnillère (z Tuluzy) potwierdza spostrzeżenia Marmorka.

Gelibert zdaje sprawę z nowej metody leczniczej Lumiêrea z Lyonu, nazwanej plasmoterapią, a polegającej na wstrzykiwaniu podskórnem tak zwanej hemoplazy, to jest wyciągu z ciałek krwi.

Pasternak poleca fitynę (*phytine*), związek organiczny fosforowy, jako ważny środek pomocniczy w leczeniu gruźlicy.

Ogromne zainteresowanie Kongresu wzbudziło na ostatniem posiedzeniu doniesienie prof. Behringa z Marburga o wykrytym przez siebie nowym środku leczniczym na gruźlicę. Środek wykryty przez Behringa jest obecnie jeszcze w okresie doświadczeń. Zaniechał on wprowadzania do ustroju ludzkiego żywych prątków Kocha, natomiast usiłował z pomyślnym wynikiem pozbawić prątki gruźlicze pewnych własności szkodliwych i przemienić je w ten sposób w bezpostaciową substancyę, wessalną bezpośrednio przez komórki chłonne ustroju zwierzęcego, który w miarę tej resorbcyi nabywa odporności wobec gruźlicy. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV. Kongres międzynarodowy lekarski w Lizbonie.

Stosownie do wiadomości, podanej przez Szanowną Redakcyę „Przeglądu lekarskiego“ w Nrze 45, robiłem usiłowania, aby firma Cook and Son stawiła do rozporządzenia członków Kongresu międzynarodowego lekarskiego w Lizbonie, mając na względzie Polskę i Austryę, a może i Szwajcaryę, większy parowiec, któryby służył za hotel w czasie Kongresu, a zarazem połączył podróż do Lizbony z wycieczkami na wybrzeża włoskie, hiszpańskie i afrykańskie.

Dyrektor firmy Cook and Son w Wiedniu okazał uprzejmą gotowość statek taki swego czasu dać do użytku kongresistów w przystani genueńskiej lub tryesteńskiej, obok statku z Londynu wypływającego, jeżeli w najbliższym czasie Komitet narodowy będzie mógł podać w przybliżeniu liczbę uczestników Kongresu, którzyby chcieli korzystać z takiego udogodnienia.

Wobec tego upraszam wszystkich Szan. Panów Kolegów, by corychlej uwiadomili Komitet narodowy, czy pragnąc wziąć udział w Kongresie (mającym jak wiadomo, odbyć się w czasie od 19—26 kwietnia 1906), zamierzają korzystać z podróży parowym statkiem, a w takim razie, czy wolą Tryest, czy Genuę, jako miejsce odpłynięcia tegoż i nadto, jakie kraje pragnęliby zwiedzić po drodze do Lizbony i z powrotem.

Upraszam o możliwie szybkie odpowiedzi i wzgl. zgłoszenia się na członków Kongresu, aby Komitet narodowy polski mógł na podstawie już pewnych danych przedsięwziąć dalsze kroki w porozumieniu z Komitetem centralnym i firmą Cook and Son, która w miarę dostatecznej liczby zgłaszających się, urządzi tę podróż i poda warunki bliższe.

Zgłoszenia przyjmuje, a za nadesłaniem 25 franków przeszle kartę uczestnictwa skarbnik Komitetu narodowego WPan Dr. W. Słapa, (Kraków, ulica Kolejowa, l. 4).

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz,
prezes Komitetu nar. polskiego
dla XV. Kongresu międzynarodowego lekarskiego w Lizbonie.

Uprasza się wszystkie pisma polskie lekarskie o łaskawe powtórzenie powyższej odezwy.

Z okazyi ostatnich kongresów podnosi wiedeński korespondent „Deutsche med. Wochenschrift“ kilka interesujących uwag. Na punkcie kongresów zakrada się coraz bardziej do środowiska lekarskiego ciekawa nowa moda. Spis wykładów, mających być wygłoszonymi na kongresie, obejmuje cały szereg takich, których nikt nie wygłasza. Od czasu do czasu wydarzyć się może, że wykładający dozna w ostatniej chwili jakiejś ważnej przeszkody i że nie może przybyć na kongres; — na pewno jednak można powiedzieć, że bardzo wielu zgłaszających wykłady już w domu u siebie wie, że na kongres się nie uda, a zgłaszają się po to tylko, aby figurować w programie kongresu, *eo ipso* w miejscowych dziennikach. Wszak jedne i te same (tego rodzaju) nazwiska, a między tymi i „sławne“, co roku można znaleźć w programach kongresowych. A robią to ci panowie dlatego, bo to działa na czytających w dziennikach, że „z naszych sławnych uczonych“, — boć każdy uczestnik kongresu jest dla prasy uczonym lub przyrodnikiem, — „zgłosili wykłady Dr. X. Y i Z“. Wykład zatem zgłaszają tacy panowie tylko dla dzienników. Z tej to przyczyny „Kölnische Zeitung“ nazwał specyalnie ostatni paryski kongres, poświęcony gruźlicy, „Eitelkeitsmarkt“ (jarmarkiem próżności), — a niejeden z dotychczasowych kongresów śmiało możnaby nazwać jarmarkiem reklamy. Drugiem nadużyciem, które należy wytknąć, jest ta okoliczność, że coraz więcej wykładających nie zgłasza ściśle określonego tematu. W tej prawie już stereotypowej formułce „temat zastrzeżony“ tkwi stanowczo lekceważenie członków kongresu. Pomijając już to, że właśnie tematy, mające być na kongresie roztrząsane, wpływają na lekarzy, czy mają się na kongres wybrać, czy nie, boć każdy z góry chce wiedzieć, czy mu się opłaci poświęcić sprawie czas i pieniądze, to z drugiej strony zastrzeżenie sobie tematu dowodzi, że zgłaszający wykład w chwili zgłaszania nie miał do zgłoszenia nic ciekawego, a tylko spodziewał się, że do czasu kongresu coś mu na myśl przyjdzie interesującego innych, wszak dla kongresu wszystko dobre, co da. Cokolwiek jednak złośliwy mógłby słowa „temat zastrzeżony“ i tak tłómaczyć: „Wprawdzie nie wiem, o czem będę mówił, ale mówić muszę za wszelką cenę i ludzie muszą o mnie mówić“. Albo tak: „Sam wprawdzie nie mam nic ciekawego do odczytania, ale jeśli urządzający kongres koniecznie chce mego nazwiska, jako przynęty, to nie mam nic przeciw temu. Wszak i tak mnie to nie wiąże do pojechania na kongres“. *Stahr.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 grudnia.

* W Krakowie otwarty został prywatny Zakład dla leczenia chorób kobiecych. Ginekologia w ostatnich latach wzbogaciła się kilku nowemi metodami leczniczemi, których skuteczność powszechnie została uznaną: do nich należą: długotrwała irygacya pochwy wodą o pewnej ciepłocie; układanie na równi pochyłej; takież układanie z obciążeniem zewnętrznem i wewnętrznem; leczenie gorącem powietrzem; miesienie mechaniczne, połączone z ruchami biernymi i czynnymi; miesienie elektryczne; zastosowanie wszechstronne prądu elektrycznego i t. d. Stosowanie tych metod leczniczych, wymagające wiele czasu i licznych przyrządów, natrafia na trudności w praktyce prywatnej. Nowy Zakład, o którym mowa, ma za zadanie trudności te usunąć, a to tak zasobem specyalnych przyrządów i narzędzi, jak i kierownictwem zaszczytnie znanych w naszem mieście ginekologów. Zakład mieści się przy ulicy Podwale, l. 12. Na czele jego stoją: dr. A. Ackermann, dr. M. Cercha, dr. T. Piotrowski i dr. J. Zoll.

* Dnia 8 b. m. odbył się pogrzeb ś. p. dr. Karola Kramarzyńskiego przy licznym udziale obywatelstwa m. Krakowa. Przy wyniesieniu zwłok z domostwa dr. Borzęcki w szczerych i z serca płynących słowach pożegnał zmarłego kolegę w imieniu Towarzystwa lekarskiego krakow., którego nieboszczyk był długoletnim członkiem.

* Uchwałą Rady miasta Lwowa lekarze miejscy obowiązani są mieć obszerne i dobrze ogrzewane poczekalnie dla pacyentów; uchwała ta, oczywiście słuszna, nakłada na lekarzy miejskich znaczny wydatek, bez wskazania źródła na jego pokrycie. Okoliczność ta spowodowała lwowskich lekarzy miejskich do wniesienia podania na ręce prezydenta miasta o wyznaczenie im lokali urzędowych.

* Nagrodę Nobla z działu medycyny otrzymał prof. Koch.

* Wybory do Izby lekarskiej brandeburskiej wypadły zwycięzko dla zwolenników wolnego wyboru lekarzy przez członków Kas chorych. Na 1200 głosujących przeciwnicy mieli tylko 200 głosów.

* W Niemczech przygotowuje się naukowa ekspedycya do Ugandy dla badania choroby „beri-beri“; na koszta zażądano od parlamentu 120,000 M. Nie jest jeszcze wiadomo, czy prof. Koch do tej ekspedycyi będzie należeć.

* Na ostatniem posiedzeniu pełnej wiedeńskiej Izby lekarskiej oświadczył dr. Ewald, prezydent tej Izby, że Rada honorowa skazała prof. Montiego na 200 koron grzywny i ogłoszenie tego wyroku na posiedzeniu plenarnem Izby, a to wskutek nielicującego z godnością stanu lekarskiego zachowania się prof. Montiego względem lekarza praktykującego, który wezwał go na naradę.

* Dnia 11 grudnia, w setną rocznicę urodzin Škody, odbyła się uroczystość, urządzona przez wiedeńskie lekarskie Kolegium i tamtejsze Towarzystwo lekarskie.

* Między 19 a 25 listopada stwierdzono nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bocheńskim, dobromilskim, horodeńskim, kałuskim, kamioneckim (po 1 gminie), nadwórniańskim (3 gm.), przemyślańskim, rawskim, starosamborskim (po 1 gm.), stryjskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesora uniwersytetu otrzymali: dr. Alt w Uchtspringe; dr. Lorenz — w Darmstadzie i dr. Kuttner — w Berlinie. Dr. Filippson mianowany profesorem dermatologii w Palermo.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Włodzimierz Ortyński — w Samborze. Dr. Karol Kramarzyński, lekarz krak. Kasy dla chorych, lat 58 — w Krakowie. Prof. Leuthold — w Berlinie. Dr. Baraban prof. patolog anatomii — w Nancy.

Omyłka druku. W Nr. 49, na str. 782, w wierszu 17 od dołu zamiast przygotowaniu ma być przystosowaniu.

Bibliografia:

Czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 49. Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu (c. d.). Chvojka: Missed labour při centrálni vcestne placentě. Krále: O stavech úzkostných (dok.). Zahradnicky: Zprava o chirurgicke činnosti všeobecné okresni nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Letulle: Badanie metodyczne szczytów płuc. — Nr. 97. Reclus: Nabłoniak na powierzchni błony śluzowej, uległej łuszczycy *(leucoplasique)*. Damant: Ziarenkowiec nieżytu. Jayle: Spis i określenie zboczeń macicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Stich: Leczenie ostrych zapaleń zapomocą przekrwienia zastoinowego. Ohm: Przypadek odmy piersiowej, powikłany porażeniem nerwu krtaniowego dolnego. Dührsen: Podskórna pubiotomia metodą Gigliego. Sasaki. Doświadczalne badania nad wpływem herbaty na wydzielanie soku żołądkowego. Edens: Częstość gruźlicy skóry w Berlinie. Pick: Rak gruczołu tarczowego u salmonidów (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Hołobut: Stosunek między parciem naczyniowem a składem krwi. Altmann: Miejscowe leczenie przerostu gruczołu krokowego zapomocą promieniotwórczych cieplic w Gastein. Clairmont Śródnerwowe zastrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej Pick: Niezwykłe objawy toczna rumieniowego. Ravasini: Tymczasowe doniesienie nad uretrotomią wewnętrzną.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 49. Heilbronner: Zaburzenia umysłowe w bezpośrednim związku z wstrząśnieniem mózgu. Graser: Leczenie ran a opatrywanie ran. Lindner: Chirurgia serca i osierdzia. Honneth: Wartość przyrządu ssącego Sondermanna dla rozpoznania i leczenia chorób nosa. Ladenburger: O operacyach w domu pacyenta. Richartz: O stosowaniu przez skórę przetworów jodu *(jothion)*. Clemm: Znaczenie tuczenia posilną pożywką Riedla dla leczenia zwiotczałych opadniętych trzew, ich skutków, oraz stanów towarzyszących. Liepmann: Lewa półkula mózgowa a czynność człowieka (dok).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49. Ahlfeld: Zrehabilitowanie ręki, jako narzędzia położniczego i chirurgicznego. Wassmuth: Dwa przypadki posocznicy wyleczone wstrzykiwaniami kolargolu. Legrand i Axisa: O beztlenowcach w ropie dyzenterycznej wątroby i ropnia mózgu w Egipcie. Boehm: Przyczynek do kazuistyki uwięzniętej przepukliny przeponowej. Bachauer. Postępy w leczeniu chorób usznych. Speiser: Celuloid, jako wygodny, przeźroczysty materyał na szynę przy złamaniu żuchwy. Joseph i Kraus. Alypin nowy środek miejscowo znieczulający.

Redakcya otrzymała. Bogdanik: Nowy model nożyc do resekcyi żeber.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 49 (od dnia 3 XII do 9 XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 32, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 3. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 19, kob. 23; zamiejscowych: męż. 14, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 15, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 4. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem**: miejscowych 33, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

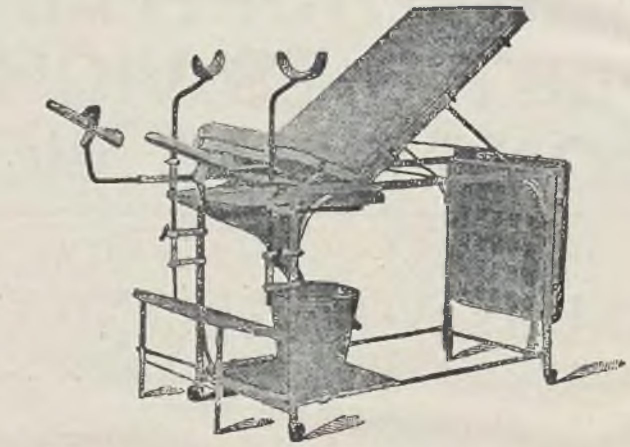
Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 b. m., o godzinie 6 wieczorem, w *„Domu Towarzystwa“ posiedzenie wyborcze.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Odkażanie narzędzi. Jako płyn do odkażania narzędzi, w którym je bez szkody pozostawiać można, nadaje się 3% roczyn lysoformu. W tym roczynie mogą narzędzia niklowane, (jak i najlepsze francuskie lakierowane cewniki), leżeć miesiącami, nie rdzewiejąc.

Ll.



Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa




poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywiorały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Szkodliwość nikotyny usunięta!

Zastosowanie wiedzy w życiu praktycznem wydało już niejednokrotnie zdumiewające rezultaty, przyniosło wiele pożytku ogółowi. Dziś higiena święci prawie na każdym kroku tryumfy, zrozumiałem więc jest, że i fabrykacya **tutek cygaretowych** — czyni postępy w tym kierunku, lecz nie wszędzie i nie zawsze z dodatnim rezultatem.

Moje wieloletnie próby, upodstawnione nauką i fachowem doświadczeniem, uwieńczone zostały ostatnimi czasy zdumiewającym skutkiem. Udało mi się bowiem dojść drogą badań do preparatu, znanego już dziś prawie wszędzie, pod nazwą:

„Salvesol".

Jest to **wata chemiczna,** mająca tak wielce pożądaną dla palących papierosy własność, że, by mnie nie posądzono o czczą przechwałkę — odsyłam Sz. Czytelnika do poniżej umieszczonego **uznania,** jakiem raczył mnie zaszczycić Wny Prof. Dr. **A. Mars.**

WP. Mr. farm. W. Bełdowski w Krakowie.

Z przyjemnością donoszę W. Panu, że od czasu, jak używam Pańskiej waty »Salvesol« w cygarniczkach szklanych, nie doznaję przykrych objawów, które mi dokuczały skutkiem palenia tytoniu. Wobec tego upraszam o nadesłanie mi za pobraniem pocztowem i t. d.

Lwów, 2 maja 1903.

Z wysokiem poważaniem
Prof. Dr. Antoni Mars.

74 a

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.